

投薬依頼書

令和 年 月 日

クラス(ひまわり・さくら・チューリップ・たんぽぽ)

園児名 _____

病院名	
病名	
処方 月日	令和 年 月 日
薬の内容	風邪 咳 鼻水 中耳炎 下痢 その他
薬の種類	粉薬 包・シロップ・外用薬・その他()
投薬時間	食前・食間・食後・その他()
外用薬の使用方法・部位	
家庭での飲ませ方	・そのまま ・水で溶いて ・シリンジ ・その他()

月日	/	/	/	/	/	/
保護者サイン						
投薬者サイン						

※医師に処方された薬に限ります。市販薬の与薬はできません。

※処方日より1ヶ月以上経過したお薬はお受け出来ません。

※お薬の詳細が書かれた説明書を初回のみ添えてください。コピーをとりお返しします。

※昼迎え時や1日2回の点眼薬などは、ご家庭での投薬にご協力ください。

投薬依頼書

令和 年 月 日

クラス(ひまわり・さくら・チューリップ・たんぽぽ)

園児名 _____

病院名	
病名	
処方 月日	令和 年 月 日
薬の内容	風邪 咳 鼻水 中耳炎 下痢 その他
薬の種類	粉薬 包・シロップ・外用薬・その他()
投薬時間	食前・食間・食後・その他()
外用薬の使用方法・部位	
家庭での飲ませ方	・そのまま ・水で溶いて ・シリンジ ・その他()

月日	/	/	/	/	/	/
保護者サイン						
投薬者サイン						

※医師に処方された薬に限ります。市販薬の与薬はできません。

※処方日より1ヶ月以上経過したお薬はお受け出来ません。

※お薬の詳細が書かれた説明書を初回のみ添えてください。コピーをとりお返しします。

※昼迎え時や1日2回の点眼薬などは、ご家庭での投薬にご協力ください。