

お薬依頼書

記入のうえ、お薬と一緒にお渡し下さい。
解熱剤・市販はお預かりできません。

依頼日： 年 月 日 ()	
依頼先：小祿南保育園	
クラス：スルル・ミーバイ・グルクン・マチ・カジキ・サメ ※クラス名に○をつけてください。	
児童名 _____ 保護者名 _____ (印)	
病院名	病院処方日 年 月 日 ()
病名、症状	薬の内容 (内服薬) 抗生剤・下痢止・咳止・風邪総合 (外用薬) 軟膏(部位：) 点眼(右・左・両目)
昼食(前・後) おやつ(前・後)	シロップ() 粉() 塗()
処方投薬期間 年 月 日 ~ 年 月 日	
受付者： _____ (印)	
投与日： 年 月 日 投与者	(印)
投与日： 年 月 日 投与者	(印)
投与日： 年 月 日 投与者	(印)
投与日： 年 月 日 投与者	(印)
投与日： 年 月 日 投与者	(印)
投与日： 年 月 日 投与者	(印)

※ご家庭でコピーしてお使いください。
※紛失、誤飲を防ぐ為お薬の容器(袋)にもお子さまの名前を書いてください。

お薬依頼書

記入のうえ、お薬と一緒にお渡し下さい。
解熱剤・市販はお預かりできません。

依頼日： 年 月 日 ()	
依頼先：小祿南保育園	
クラス：スルル・ミーバイ・グルクン・マチ・カジキ・サメ ※クラス名に○をつけてください。	
児童名 _____ 保護者名 _____ (印)	
病院名	病院処方日 年 月 日 ()
病名、症状	薬の内容 (内服薬) 抗生剤・下痢止・咳止・風邪総合 (外用薬) 軟膏(部位：) 点眼(右・左・両目)
昼食(前・後) おやつ(前・後)	シロップ() 粉() 塗()
処方投薬期間 年 月 日 ~ 年 月 日	
受付者： _____ (印)	
投与日： 年 月 日 投与者	(印)
投与日： 年 月 日 投与者	(印)
投与日： 年 月 日 投与者	(印)
投与日： 年 月 日 投与者	(印)
投与日： 年 月 日 投与者	(印)
投与日： 年 月 日 投与者	(印)

※ご家庭でコピーしてお使いください。
※紛失、誤飲を防ぐ為お薬の容器(袋)にもお子さまの名前を書いてください。