

薬の依頼書

園長殿

平成 年 月 日

下記の通り、私に代わり投薬・ぬり薬・点眼薬をお願いします。

記

(必要なところは、○で囲んで下さい。)

組名	名前	保護者名	印
病院名	医院 TEL () -		
薬の用途	風邪・咳・下痢止め・中耳炎・熱さまし・その他 ()		
薬の種類	粉末・水薬・錠剤・ぬり薬・その他 ()		
服用日時	月 日～ 月 日 希望時間 食間・食後・その他 ()		
特記事項		担当者	

- ★ 投薬（粉薬・水薬）は、1回分だけ預かります。
- ★ 座薬、市販の薬、解熱剤は扱いません。
- ★ 長期投薬を必要とする場合は、1週間に1度、依頼書を提出してください。
- ★ 依頼書は、必要事項を記入して薬と一緒に各クラス担任か早番の保育教諭に手渡してください。
- ★ 直接、薬の袋及び容器に名前を書いてください。

薬の依頼書

園長殿

平成 年 月 日

下記の通り、私に代わり投薬・ぬり薬・点眼薬をお願いします。

記

(必要なところは、○で囲んで下さい。)

組名	名前	保護者名	印
病院名	医院 TEL () -		
薬の用途	風邪・咳・下痢止め・中耳炎・熱さまし・その他 ()		
薬の種類	粉末・水薬・錠剤・ぬり薬・その他 ()		
服用日時	月 日～ 月 日 希望時間 食間・食後・その他 ()		
特記事項		担当者	

- ★ 投薬（粉薬・水薬）は、1回分だけ預かります。
- ★ 座薬、市販の薬、解熱剤は扱いません。
- ★ 長期投薬を必要とする場合は、1週間に1度、依頼書を提出してください。
- ★ 依頼書は、必要事項を記入して薬と一緒に各クラス担任か早番の保育教諭に手渡してください。
- ★ 直接、薬の袋及び容器に名前を書いてください。

切り取り線