

お薬依頼書 (飲み薬他、軟膏以外)

平成 年 月 日(依頼日)

月/日 / / / / / / / / 連続の場合左記に毎日、日付を記入してください

★保育園で飲める薬及び塗り薬は医師が処方した薬に限ります。市販の薬は扱いません

★必ず容器や薬袋に名前をお書き下さい。 ★特別な注意や指示がある時は備考欄にお書き下さい。

★お薬に対する説明書をもらっている時は、添付してください。 わらしべ保育園

クラス名 _____ 組 名前 _____

かかった病院名		病名	
薬の種類・数	粉薬()包、 シロップ()、 錠剤()個、 点眼薬()、 点耳薬()、 座薬 ()mg、		
薬の名前			
何の症状のための薬 (飲み方・副作用 など)	服用させる時間	食前・食後・指定時間 ()	
備考	投薬する最後の予定日 () 依頼書を回収しますので終了時は、保健までお返してください。		
日にち			
投与者			

お薬依頼書 (飲み薬他、軟膏以外)

平成 年 月 日

(依頼日)

月/日 / / / / / / / / 連続の場合左記に毎日、日付を記入してください

★保育園で飲める薬及び塗り薬は医師が処方した薬に限ります。市販の薬は扱いません

★必ず容器や薬袋に名前をお書き下さい。 ★特別な注意や指示がある時は備考欄にお書き下さい。

★お薬に対する説明書をもらっている時は、添付してください。 わらしべ保育園

クラス名 _____ 組 名前 _____

かかった病院名		病名	
薬の種類・数	粉薬()包、 シロップ()、 錠剤()個、 点眼薬()、 点耳薬()、 座薬 ()mg、		
薬の名前			
何の症状のための薬 (飲み方・副作用 など)	服用させる時間	食前・食後・指定時間 ()	
備考	投薬する最後の予定日 () 依頼書を回収しますので終了時は、保健までお返してください。		
日にち			
投与者			