

お薬の依頼書

依頼日	平成 年 月 日
依頼先	上町ふれあい保育園
入園児童名	組
	名前：
保護者名	⑩
病名または症状	
病院名	
	処方日： 月 日
薬の種類	☆内服薬 風邪薬 ・ 咳止め ・ 下痢止め その他（ ）
	☆外用薬 (具体的に：)
使用時間	食 前 (粉薬 ・ シロップ ・ その他)
	食 後 (粉薬 ・ シロップ ・ その他)
計 種類	
※ 保育園記載・・・投薬者 ⑩	

◎記入の上、保育士に薬と一緒にお渡しください。
◎解熱剤・鎮痛剤・市販の薬はお預かり致しません。

お薬の依頼書

依頼日	平成 年 月 日
依頼先	上町ふれあい保育園
入園児童名	組
	名前：
保護者名	⑩
病名または症状	
病院名	
	処方日： 月 日
薬の種類	☆内服薬 風邪薬 ・ 咳止め ・ 下痢止め その他（ ）
	☆外用薬 (具体的に：)
使用時間	食 前 (粉薬 ・ シロップ ・ その他)
	食 後 (粉薬 ・ シロップ ・ その他)
計 種類	
※ 保育園記載・・・投薬者 ⑩	

◎記入の上、保育士に薬と一緒にお渡しください。
◎解熱剤・鎮痛剤・市販の薬はお預かり致しません。