

平成 年 月

与薬依頼書

(1回分のみ)

水落保育園

クラス名

園児名

保護者名

病院名(主治医)

病院の電話番号

病名(症状)

処方日 年 月 日

薬の種類/粉薬(包)・液(1回分)

薬の内容/抗生物質・咳止め・下痢止め・かぜ薬・()

外用薬/1日(回)(部分・その他)

点眼薬/1日(回)

与薬時間/ 食前 ・ 食後 ・ 食間 ・ その他

受領者

投薬者

投薬時間

*当依頼書は、保護者が保育園に対し保護者に代わって与薬希望するものです。

*市販の内服薬は与薬できません。

平成 年 月

与薬依頼書

(1回分のみ)

水落保育園

クラス名

園児名

保護者名

病院名(主治医)

病院の電話番号

病名(症状)

処方日 年 月 日

薬の種類/粉薬(包)・液(1回分)

薬の内容/抗生物質・咳止め・下痢止め・かぜ薬・()

外用薬/1日(回)(部分・その他)

点眼薬/1日(回)

与薬時間/ 食前 ・ 食後 ・ 食間 ・ その他

受領者

投薬者

投薬時間

*当依頼書は、保護者が保育園に対し保護者に代わって与薬希望するものです。

*市販の内服薬は与薬できません。