

投薬依頼書(1回分)		平成 年 月 日()			
		クラス名			
医師の指示通りに家庭での投薬ができませんので お願いします。投薬の責任は保護者とします。		園児名			
		保護者名			
病名(または症状)					
体調	・体温 度 分				
薬の内容	持参した薬は、平成 年 月 日に処方された				日分のうち本日分です。
	風邪薬 咳止め 下痢止め				外用薬
	その他()				
薬の保管	室温 冷蔵庫 その他()				
服用方法	食前 食後 食間(時 分ごろ) その他()				
薬の種類	薬の名前()				
	粉薬(包) 液(シロップ ml) 錠剤(錠) 気管支拡張テープ その他() ※外用薬(1ヶ月につき有効。それ以上かかる場合は指示書を提出して下さい)				
処方された病院名			病院Tel		
薬剤情報提供書	あり なし				
保育園記載欄	受領者サイン			投与者サイン	
	服用後の様子	異常なし	異常あり	投与時間	時 分

投薬依頼書(1回分)		平成 年 月 日()			
		クラス名			
医師の指示通りに家庭での投薬ができませんので お願いします。投薬の責任は保護者とします。		園児名			
		保護者名			
病名(または症状)					
体調	・体温 度 分				
薬の内容	持参した薬は、平成 年 月 日に処方された				日分のうち本日分です。
	風邪薬 咳止め 下痢止め				外用薬
	その他()				
薬の保管	室温 冷蔵庫 その他()				
服用方法	食前 食後 食間(時 分ごろ) その他()				
薬の種類	薬の名前()				
	粉薬(包) 液(シロップ ml) 錠剤(錠) 気管支拡張テープ その他() ※外用薬(1ヶ月につき有効。それ以上かかる場合は指示書を提出して下さい)				
処方された病院名			病院Tel		
薬剤情報提供書	あり なし				
保育園記載欄	受領者サイン			投与者サイン	
	服用後の様子	異常なし	異常あり	投与時間	時 分