投薬依頼書

依頼日　　年　　月　　日（　）

名前			
症状		病院名	
投薬期間	年　月　日（　）～　年　月　日（　）		

種類	個数	投薬時間	保存方法
シロップ		食前　食後　その他	冷蔵　常温　その他
粉薬		食前　食後　その他	冷蔵　常温　その他
外用薬		箇所・時間（　）	冷蔵　常温　その他

保育園記入欄

〇市販のお薬はお預かりできません。〇薬には名前の記入をお願いいたします。

〇シロップなどは１回ずつ容器に入れてお持ちください。

〇初めて処方された薬は、一度家庭で服用されてからのお預かりになります。

〇症状を判断しての投薬はできません。(咳がでたら‥熱があがったら‥など)

／　(月)		／　(火)		／　(水)		／　(木)		／　(金)		／　(土)	
保護者	保育園	保護者	保育園	保護者	保育園	保護者	保育園	保護者	保育園	保護者	保育園

投薬依頼書

依頼日　　年　　月　　日（　）

名前			
症状		病院名	
投薬期間	年　月　日（　）～　年　月　日（　）		

種類	個数	投薬時間	保存方法
シロップ		食前　食後　その他	冷蔵　常温　その他
粉薬		食前　食後　その他	冷蔵　常温　その他
外用薬		箇所・時間（　）	冷蔵　常温　その他

保育園記入欄

〇市販のお薬はお預かりできません。〇薬には名前の記入をお願いいたします。

〇シロップなどは１回ずつ容器に入れてお持ちください。

〇初めて処方された薬は、一度家庭で服用されてからのお預かりになります。

〇症状を判断しての投薬はできません。(咳がでたら‥熱があがったら‥など)

／　(月)		／　(火)		／　(水)		／　(木)		／　(金)		／　(土)	
保護者	保育園	保護者	保育園	保護者	保育園	保護者	保育園	保護者	保育園	保護者	保育園