

お薬依頼書

ご記入の上、保育士に薬と一緒にお願いします。

解熱剤・市販の薬はお預かりいたしません。

依頼日 令和 年 月 日 (曜日)

依頼先 勾 金 保 育 所

クラス名 組

園児名 保護者名 (印)

病名 病院名

病院での処方日 令和 年 月 日 (曜日)

薬の内容 *抗生剤 *下痢止め *咳止め

*外用薬 (塗り薬・点眼) *その他 ()

昼食前	時	水・粉 () ・塗 ()
昼食後	時	水・粉 () ・塗 ()
3時おやつ前	時	水・粉 () ・塗 ()
3時おやつ後	時	水・粉 () ・塗 ()

投薬期間 令和 年 月 日

(1週間までにして下さい)

受付保育士

投薬保育士