

薬の依頼書

令和 年 月 日

医師の診断を受け、下記のとおり指示がありましたので、
保護者 _____ の責任において投薬を依頼します。

※該当するものに○、又は明記して下さい。

※病院や薬局から渡された薬剤情報書を必ず添付して下さい。

園児名		クラス名	
病院名		処方日	月 日
病名・症状	風邪・胃腸炎・中耳炎・その他 ()		
薬の内容	抗生剤・咳止め・鼻水止め・下痢止め・整腸剤 その他 ()		
薬の種類	粉薬 ()包 軟膏 ()種類	シロップ 目薬	
投薬方法	食前・食後・その他 ()		
服用日	月 日		
特記事項			
保育園の記載欄			
受領者サイン		保管者サイン	
投薬者サイン		投与時間 / AM・PM	時 分

新保保育園

※投薬依頼の確認がとれないものについては園での投薬が
できませんので宜しくお願い致します。

※1回分の薬が入った袋自体にも、くみ・
日付・名前・食前食後を書いてください。

薬の依頼書

令和 年 月 日

医師の診断を受け、下記のとおり指示がありましたので、
保護者 _____ の責任において投薬を依頼します。

※該当するものに○、又は明記して下さい。

※病院や薬局から渡された薬剤情報書を必ず添付して下さい。

園児名		クラス名	
病院名		処方日	月 日
病名・症状	風邪・中耳炎・胃腸炎・その他 ()		
薬の内容	抗生剤・咳止め・鼻水止め・下痢止め・整腸剤 その他 ()		
薬の種類	粉薬 ()包 軟膏 ()種類	シロップ 目薬	
投薬方法	食前・食後・その他 ()		
服用日	月 日		
特記事項			
保育園の記載欄			
受領者サイン		保管者サイン	
投薬者サイン		投与時間 / AM・PM	時 分

新保保育園

※投薬依頼の確認がとれないものについては園での投薬が
できませんので宜しくお願い致します。

※1回分の薬が入った袋自体にも、くみ・
日付・名前・食前食後を書いてください。