

平成 年 月 日 ()

保護者に代わり、本日、保育園に与薬を依頼します

保護者サイン

クラス名	
お子様の名前	
病名 (症状)	
処方された病院・医院名	
処方された日	平成 年 月 日 ()
薬の種類 (個数)	
水 薬 () 塗り薬 ()	
粉 薬 () その他 ()	
目 薬 ()	
薬の内容 (○ 印)	
抗生物質 () 下痢止め ()	
咳止め () 嘔吐止め ()	
風邪薬 () その他 ()	
薬を使用する時間帯	
食前与薬 ()	
食後与薬 ()	
その他 ()	

内服薬は1回分にして持参ください

薬にも氏名を記入し、依頼票とともに保育士に手渡ししてください

外用薬は以下に使用の期間を記入してください

月 日から 月 日まで

依頼された保育士名	
与薬した保育士名	

平成 年 月 日 ()

保護者に代わり、本日、保育園に与薬を依頼します

保護者サイン

クラス名	
お子様の名前	
病名 (症状)	
処方された病院・医院名	
処方された日	平成 年 月 日 ()
薬の種類 (個数)	
水 薬 () 塗り薬 ()	
粉 薬 () その他 ()	
目 薬 ()	
薬の内容 (○ 印)	
抗生物質 () 下痢止め ()	
咳止め () 嘔吐止め ()	
風邪薬 () その他 ()	
薬を使用する時間帯	
食前与薬 ()	
食後与薬 ()	
その他 ()	

内服薬は1回分にして持参ください

薬にも氏名を記入し、依頼票とともに保育士に手渡ししてください

外用薬は以下に使用の期間を記入してください

月 日から 月 日まで

依頼された保育士名	
与薬した保育士名	