

薬剤依頼書(保護者記載)

年 月 日記

依頼者	組 園児名 保護者名
本日の連絡先	☎ (父・母)
病院名	医院 処方日 年 月 日
病名 (又は症状)	風邪 咳 中耳炎 その他 ()
薬の剤形・数 (該当に○)	粉 () 包 シロップ 外用薬 (塗り薬・点眼薬) その他 ()
薬の内容 (該当に○)	抗生剤 咳止め 整腸剤 風邪薬 外用薬 その他
使用期間・日時	年 月 日～ 年 月 日 昼食前 昼食後
外用薬の使用法	
その他の注意事項	

保育園記載

月 日	受領者サイン	投与者サイン
月 日	受領者サイン	投与者サイン
月 日	受領者サイン	投与者サイン
月 日	受領者サイン	投与者サイン
月 日	受領者サイン	投与者サイン

* 市販薬は対応いたしません。

* 内服薬は1回分のみ持参してください。

* 容器、袋等へは、忘れずに記入してください。

* 不明な点は確認の連絡をします。記入漏れがないか確かめてください。

* この依頼書は、薬のある日は毎日持参してください。