

投薬依頼書

令和 年 月 日 記入

依頼先	崇徳寺保育園			組		
園児名		保護者名		印		
主治医	病院・医院・クリニック					
病名						
症状	咳・鼻水・喉痛・頭痛・鼻炎・中耳炎・胃腸炎・皮膚疾患・その他（ ）					
薬の内容	咳止め・整腸剤・風邪薬・抗アレルギー薬・目薬、皮膚用薬・その他（ ）					
薬の剤型	粉・シロップ・塗り薬・点鼻・吸入・目薬・その他（ ）					
使用日時	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	まで		
使用時間	食前・食後・その他（ ）					
注意点						
受領者			投薬者			
投薬日	月 日 時 分		月 日 時 分			
	月 日 時 分		月 日 時 分			
	月 日 時 分		月 日 時 分			

※病院で処方された薬のみ、投薬依頼をお受けします。

※下痢止め、解熱剤が必要な期間は自宅での療養をお願いします。

投薬依頼書

令和 年 月 日 記入

依頼先	崇徳寺保育園			組		
園児名		保護者名		印		
主治医	病院・医院・クリニック					
病名						
症状	咳・鼻水・喉痛・頭痛・鼻炎・中耳炎・胃腸炎・皮膚疾患・その他（ ）					
薬の内容	咳止め・整腸剤・風邪薬・抗アレルギー薬・目薬、皮膚用薬・その他（ ）					
薬の剤型	粉・シロップ・塗り薬・点鼻・吸入・目薬・その他（ ）					
使用日時	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	まで		
使用時間	食前・食後・その他（ ）					
注意点						
受領者			投薬者			
投薬日	月 日 時 分		月 日 時 分			
	月 日 時 分		月 日 時 分			
	月 日 時 分		月 日 時 分			

※病院で処方された薬のみ、投薬依頼をお受けします。

※下痢止め、解熱剤が必要な期間は自宅での療養をお願いします。