

投薬依頼書

園児氏名	組		
	(お名前をひらがなで大きく書いてください)		
病名	病院名		
	薬局名		
保護者氏名	依頼日	令和	年 月 日( )
薬について	処方期間	月 日から	日分
	使用時間	食前	食後 その他
種類	粉薬	シロップ	ml
	塗り薬	塗る場所	回
	点眼薬		回
こども園 使用欄	受領月日	月 日	: 氏名 (印)
	投薬時間	月 日	: 氏名 (印)
	その他	※投薬時は、職員2人で確認すること	
	与薬後の様子:異常なし あり		

投薬依頼書

園児氏名	組		
	(お名前をひらがなで大きく書いてください)		
病名	病院名		
	薬局名		
保護者氏名	依頼日	令和	年 月 日( )
薬について	処方期間	月 日から	日分
	使用時間	食前	食後 その他
種類	粉薬	シロップ	ml
	塗り薬	塗る場所	回
	点眼薬		回
こども園 使用欄	受領月日	月 日	: 氏名 (印)
	投薬時間	月 日	: 氏名 (印)
	その他	※投薬時は、職員2人で確認すること	
	与薬後の様子:異常なし あり		

投薬依頼書

園児氏名	組		
	(お名前をひらがなで大きく書いてください)		
病名	病院名		
	薬局名		
保護者氏名	依頼日	令和	年 月 日( )
薬について	処方期間	月 日から	日分
	使用時間	食前	食後 その他
種類	粉薬	シロップ	ml
	塗り薬	塗る場所	回
	点眼薬		回
こども園 使用欄	受領月日	月 日	: 氏名 (印)
	投薬時間	月 日	: 氏名 (印)
	その他	※投薬時は、職員2人で確認すること	
	与薬後の様子:異常なし あり		

投薬依頼書

園児氏名	組		
	(お名前をひらがなで大きく書いてください)		
病名	病院名		
	薬局名		
保護者氏名	依頼日	令和	年 月 日( )
薬について	処方期間	月 日から	日分
	使用時間	食前	食後 その他
種類	粉薬	シロップ	ml
	塗り薬	塗る場所	回
	点眼薬		回
こども園 使用欄	受領月日	月 日	: 氏名 (印)
	投薬時間	月 日	: 氏名 (印)
	その他	※投薬時は、職員2人で確認すること	
	与薬後の様子:異常なし あり		