

# お薬依頼書

記入押印のうえ保育士に薬と一緒に手渡して下さい。  
市販の薬はお預かりいたしません。

依頼日	年 月 日	処方日	年 月 日
処方期間	年 月 日～	年 月 日	
依頼先	中木場保育園		
	組 園児名		
	保護者名		
	(印)		
病状又は症状			
病院名	TEL		
薬の内容	抗生剤 ・ かせ薬 ・ 咳止め ・ 下痢止め ・ 点眼 塗り薬〔手・足・頭・その他( )〕		
	注意事項( )		
屋 食 前	水 ・ 粉( )包	塗 ・ 点眼	
屋 食 後	水 ・ 粉( )包	塗 ・ 点眼	
3時おやつ前	水 ・ 粉( )包	塗 ・ 点眼	
3時おやつ後	水 ・ 粉( )包	塗 ・ 点眼	
	受付保育士	投与保育士	
月 日	(印)		(印)

※万が一 投薬によって事故が生じた場合、園又は保育士への責任は問いません。

# お薬依頼書

記入押印のうえ保育士に薬と一緒に手渡して下さい。  
市販の薬はお預かりいたしません。

依頼日	年 月 日	処方日	年 月 日
処方期間	年 月 日～	年 月 日	
依頼先	中木場保育園		
	組 園児名		
	保護者名		
	(印)		
病状又は症状			
病院名	TEL		
薬の内容	抗生剤 ・ かせ薬 ・ 咳止め ・ 下痢止め ・ 点眼 塗り薬〔手・足・頭・その他( )〕		
	注意事項( )		
屋 食 前	水 ・ 粉( )包	塗 ・ 点眼	
屋 食 後	水 ・ 粉( )包	塗 ・ 点眼	
3時おやつ前	水 ・ 粉( )包	塗 ・ 点眼	
3時おやつ後	水 ・ 粉( )包	塗 ・ 点眼	
	受付保育士	投与保育士	
月 日	(印)		(印)

※万が一 投薬によって事故が生じた場合、園又は保育士への責任は問いません。