

## お薬依頼書

ご記入の上、薬と共にビニール袋に入れて保育士にお渡してください。

医師の診断を受けたところ、下記のとおり指示がありましたので、与薬をお願いします。			
<u>保護者氏名</u>			
与薬日	年 月 日( )		
クラス名 ( )組	子どもの名前		
病院名	TEL		
処方された日	年 月 日( )		
病名又は症状	風邪 咳 下痢 中耳炎 とびひ その他( )		
薬の種類	粉薬( ) 水薬( ) その他( ) ※( )内に個数を記入してください		
与薬の時間	食前 食後 その他( )		
受取者		与薬者	

- ◆お薬はシロップも含め、1回分に分けてご持参下さい。
- ◆容器には氏名を必ず記入してください。
- ◆市販薬や、以前処方された薬、座薬、解熱剤は与薬出来ません
- ◆アトピー性皮膚炎などの経過が長引く日常の処置(塗り薬)は、1回の依頼につきお預かりは4か月を限度とします。

切り取り線

切り取ってお使いください

## お薬依頼書

ご記入の上、薬と共にビニール袋に入れて保育士にお渡してください。

医師の診断を受けたところ、下記のとおり指示がありましたので、与薬をお願いします。			
<u>保護者氏名</u>			
与薬日	年 月 日( )		
クラス名 ( )組	子どもの名前		
病院名	TEL		
処方された日	年 月 日( )		
病名又は症状	風邪 咳 下痢 中耳炎 とびひ その他( )		
薬の種類	粉薬( ) 水薬( ) その他( ) ※( )内に個数を記入してください		
与薬の時間	食前 食後 その他( )		
受取者		与薬者	

- ◆お薬はシロップも含め、1回分に分けてご持参下さい。
- ◆容器には氏名を必ず記入してください。
- ◆市販薬や、以前処方された薬、座薬、解熱剤は与薬出来ません
- ◆アトピー性皮膚炎などの経過が長引く日常の処置(塗り薬)は、1回の依頼につきお預かりは4か月を限度とします。