

投薬依頼書

風の子保育園 園長様

組 園児名

の病気治療の為、持参した薬 1 回分を服用させてください。
なお、持参した薬に関しては保護者が責任を持ちます。

令和 年 月 日

保護者 印

病院名 病院
医院
クリニック

薬の種類 粉薬__包・錠剤__錠・シロップ__回分
ぬり薬__個・点眼薬__本
その他()

服用/使用時間 食前・食後・食間・その他()

投薬の仕方 ()
例：背中の赤い部分にぬる・右眼に 1 滴・2 包は混ぜない 等

※保育園では医師のもとで処方された薬のみ受け付けます。

(初めての処方薬及び、売薬はお受けできません)

※薬には記名をお願いします。シロップは飲ませる分だけをお持ちください。

※ゼリーやアイスクリームに混ぜるなどの対応はできません。

※投薬依頼書と薬は必ず職員に手渡してください。

【 以下 園記入 】

投薬時刻	:
投薬者	/

受け取った職員

保管場所から出した職員