

<外用薬>

お薬依頼書

下記に記入のうえ、担任に薬と一緒に渡してください。解熱剤・市販の薬は、お預かりしません。
※ 必ず職員に声をかけて下さい (太字内を詳しく記入して下さい)

1週間に1枚の提出可

依頼日 令和 年 月 日
依頼先 清心保育園

依頼者 園児名 _____ 保護者名 _____ 印

病名及び症状 _____ 病院名 _____ 処方日 R、年 月 日

薬の剤型 塗薬・点眼薬・その他 ()

薬の内容 _____ 投与方法・その他

使用時間 昼食前 _____ 時・昼食後 _____ 時 ・ その他

*投与者: _____ 時 _____ 印 *投与者: _____ 時 _____ 印

受付者: _____ 時 _____ 印 *投与者: _____ 時 _____ 印 *投与者: _____ 時 _____ 印

*投与者: _____ 時 _____ 印 *投与者: _____ 時 _____ 印

<<外用薬> >

お薬依頼書

下記に記入のうえ、担任に薬と一緒に渡してください。解熱剤・市販の薬は、お預かり致しません。
※必ず職員に声をかけて下さい (太字内を詳しく記入して下さい)

1週間に1枚の提出可

依頼日 令和 年 月 日
依頼先 清心保育園

依頼者 園児名 _____ 保護者名 _____ 印

病名及び症状 _____ 病院名 _____ 処方日 R、年 月 日

薬の剤型 塗薬・点眼薬・その他 ()

薬の内容 _____ 投与方法・その他

使用時間 昼食前 _____ 時・昼食後 _____ 時 ・ その他

*投与者: _____ 時 _____ 印 *投与者: _____ 時 _____ 印

受付者: _____ 時 _____ 印 *投与者: _____ 時 _____ 印 *投与者: _____ 時 _____ 印

*投与者: _____ 時 _____ 印 *投与者: _____ 時 _____ 印

<外用薬>

お薬依頼書

下記に記入のうえ、担任に薬と一緒に渡してください。解熱剤・市販の薬は、お預かりしません。
※ 必ず職員に声をかけて下さい (太字内を詳しく記入して下さい)

1週間に1枚の提出可

依頼日 令和 年 月 日
依頼先 清心保育園

依頼者 園児名 _____ 保護者名 _____ 印

病名及び症状 _____ 病院名 _____ 処方日 R、年 月 日

薬の剤型 塗薬・点眼薬・その他 ()

薬の内容 _____ 投与方法・その他

使用時間 昼食前 _____ 時・昼食後 _____ 時 ・ その他

*投与者: _____ 時 _____ 印 *投与者: _____ 時 _____ 印

受付者: _____ 時 _____ 印 *投与者: _____ 時 _____ 印 *投与者: _____ 時 _____ 印

*投与者: _____ 時 _____ 印 *投与者: _____ 時 _____ 印

<<外用薬> >

お薬依頼書

下記に記入のうえ、担任に薬と一緒に渡してください。解熱剤・市販の薬は、お預かり致しません。
※必ず職員に声をかけて下さい (太字内を詳しく記入して下さい)

1週間に1枚の提出可

依頼日 令和 年 月 日
依頼先 清心保育園

依頼者 園児名 _____ 保護者名 _____ 印

病名及び症状 _____ 病院名 _____ 処方日 R、年 月 日

薬の剤型 塗薬・点眼薬・その他 ()

薬の内容 _____ 投与方法・その他

使用時間 昼食前 _____ 時・昼食後 _____ 時 ・ その他

*投与者: _____ 時 _____ 印 *投与者: _____ 時 _____ 印

受付者: _____ 時 _____ 印 *投与者: _____ 時 _____ 印 *投与者: _____ 時 _____ 印

*投与者: _____ 時 _____ 印 *投与者: _____ 時 _____ 印

<内服用>

お薬依頼書

下記に記入のうえ、担任に薬と一緒に渡してください。解熱剤・市販の薬は、お預かりしません。
※必ず職員に声をかけて下さい (太字内を詳しく記入して下さい)

依頼日 令和 年 月 日
依頼先 清心保育園

依頼者 園児名 _____ 保護者名 _____ 印

病名及び症状 _____ 病院名 _____ 処方日 R、年 月 日

薬の剤型 粉・液(シロップ)・その他()

薬の内容 _____

投与方法・その他 _____

使用時間 昼食前 _____ 時・昼食後 _____ 時 ・ その他 _____

受付者： _____ 時 _____ 印 *投与者： _____ 時 _____ 印

<内服用>

お薬依頼書

下記に記入のうえ、担任に薬と一緒に渡してください。解熱剤・市販の薬は、お預かり致しません。
※必ず職員に声をかけて下さい (太字内を詳しく記入して下さい)

依頼日 令和 年 月 日
依頼先 清心保育園

依頼者 園児名 _____ 保護者名 _____ 印

病名及び症状 _____ 病院名 _____ 処方日 R、年 月 日

薬の剤型 粉・液(シロップ)・その他()

薬の内容 _____

投与方法・その他 _____

使用時間 昼食前 _____ 時・昼食後 _____ 時 ・ その他 _____

受付者： _____ 時 _____ 印 *投与者： _____ 時 _____ 印