

与薬依頼書

すまいるくりえいと2 病児・病後児保育室 平成 年 月 日 記

依頼者	本日の連絡先電話 ()		
下記の内容について 薬の投与を依頼します。			
保護者名	印		
クラス名	子供氏名		
病院名	主治医	電話 (FAX)	
病名 (子供の様子)			
薬の剤型 (該当するものに○)			
粉 ・ 液 (シロップ) ・ 外用薬 ・ その他 ()			
薬の内容 (薬効) ①			
②			
③			
④			
(名前) ①			
②			
③			
④			
使用する日時	月	日	
※持参した薬は 年 月 日に処方された 日分のうち1回分			
昼 (食前 種類・食後 種類)			
時間に飲む薬 時 種類			
外用薬などの使用方法			
その他の注意事項			

(保育園処理欄)

平成 年 月 日	承認 月 日	保存期間 1年			
受領者	投与者	投与時刻	園長	保育主任	担当
		午前・午後 時 分			