

投薬依頼書

東栄保育園

組	園児名	
投薬期間	令和 元 年 月 日 ~ 月 日迄	
病 名		
病 院 名		
医師処方日	令和 元 年 月 日	
用 法 ◎ 与薬時間 昼食前 昼食後 その他(午前 :) (午後 :) ◎ 1回量は 水 薬 (容器には1回分の量を入れてください) 粉 薬 包 錠 剤 錠 ◎ その他(留意事項)		

以上、薬の投与を依頼します。

令和 元 年 月 日 保護者名

☆ 薬とともに必ず職員に手渡しをお願いします。

☆ 園で投薬できるのは医師から処方されたお薬に限ります。

投薬依頼書

東栄保育園

組	園児名	
投薬期間	令和 元 年 月 日 ~ 月 日迄	
病 名		
病 院 名		
医師処方日	令和 元 年 月 日	
用 法 ◎ 与薬時間 昼食前 昼食後 その他(午前 :) (午後 :) ◎ 1回量は 水 薬 (容器には1回分の量を入れてください) 粉 薬 包 錠 剤 錠 ◎ その他(留意事項)		

以上、薬の投与を依頼します。

令和 元 年 月 日 保護者名

☆ 薬とともに必ず職員に手渡しをお願いします。

☆ 園で投薬できるのは医師から処方されたお薬に限ります。