

投薬依頼書

東栄保育園

組	園児名	
投薬期間	令和	年 月 日 ~ 月 日迄
病名		
病院名		
医師処方日	令和	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 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	年 月 日 ~ 月 日迄
病名		
病院名		
医師処方日	令和	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 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。