

薬の依頼票

平成 年 月 日

注 ○印、又は必要事項を記入して下さい。

園児名			組名	
病院名	病院・医院			
病名	風邪	咳	下痢	その他()
薬の種類	抗生物質	咳止め	下痢止め	その他() 外用薬(目薬・ぬり薬)
服用日	月 日 ()			
その他の注意事項				
保育園側の記載	投薬者又は確認者			
	投薬の時間	保育園は、食前は11時、食後は午後1時に飲ませますので、朝の薬は11時と1時に合うように飲ませて来て下さい。		