

平成 年 月 日

薬 の 依 頼 書 (お家の方が記入してください。)

保護者氏名		子ども氏名	
クラス	組	年齢	歳 月
医療機関名 (電話番号)	()	担当医師名	

☆ 該当するところを○で囲んでください。

- 1 薬を処方された日 月 日
- 2 薬名・・・・・・・・風邪薬 お腹の薬 皮膚の薬 目薬 耳の薬 (計 個)
その他()
- 3 薬の種類・・・・・・・・飲み薬 塗り薬 点眼薬
- 4 飲む時間・・・・・・・・食前 食後 その他()
- 5 服用方法・・・・・・・・そのまま 水で溶く その他()
- 6 その他連絡事項(症状等)・・・・・・・・

【お願い】

- ① 薬(本日服用分)と一緒にこの用紙を園の先生にお渡しください。
- ② 薬の説明書がある場合は園の先生にお見せください。
- ③ 薬を入れた容器や袋には必ず子どもさんの名前を記入ください。
- ④ 慢性の病気(心臓疾患、喘息、アレルギーなど)で薬が必要となる場合には、医師の指示に従い、事前に園長にご相談ください。
- ⑤ 本日の連絡先をお聞かせください。

連絡先				
電話番号				

※こども園記載欄

受領月日	月 日	月 日	月 日	月 日
受領者				
受領時間	時 分	時 分	時 分	時 分
保管者				
投与者				
投与時間	午前・午後 時 分	午前・午後 時 分	午前・午後 時 分	午前・午後 時 分
特記事項				