

お薬依頼書

記入捺印のうえ保育士に薬と一緒にお渡しください。

(市販の内服薬はお預かりしません。)

依頼日 年 月 日

(投薬依頼書は3日間有効。)

4日目以降の投薬はご面倒ですが、また「お薬依頼書」をお書き下さい。

園児氏名				
保護者氏名	(印)			
病名又は症状				
病院名	TEL	()		
薬の内容	抗生物質 ・ かぜ薬 ・ 咳止め ・ 下痢止め			
	塗り薬 ・ 点眼薬 ・ その他 ()			
昼食前	水	粉	塗	点眼
昼食後	水	粉	塗	点眼
食間	水	粉	塗	点眼
必要時	どんな時 ()			
受付保育士	投薬保育士			
(印)				(印)

* 万が一投薬によって事故が生じた場合、園又は保育士への責任は問いません。

お薬依頼書

記入捺印のうえ保育士に薬と一緒にお渡しください。

(市販の内服薬はお預かりしません。)

依頼日 年 月 日

(投薬依頼書は3日間有効。)

4日目以降の投薬はご面倒ですが、また「お薬依頼書」をお書き下さい。

園児氏名				
保護者氏名	(印)			
病名又は症状				
病院名	TEL	()		
薬の内容	抗生物質 ・ かぜ薬 ・ 咳止め ・ 下痢止め			
	塗り薬 ・ 点眼薬 ・ その他 ()			
昼食前	水	粉	塗	点眼
昼食後	水	粉	塗	点眼
食間	水	粉	塗	点眼
必要時	どんな時 ()			
受付保育士	投薬保育士			
(印)				(印)

* 万が一投薬によって事故が生じた場合、園又は保育士への責任は問いません。