

薬の依頼書

令和 年 月 日

認定こども園元気の泉 園長様

医師の診察を受けたところ、下記のとおり指示  
がありましたのでお願い致します。

記

\* 必要なものは○で囲んでください。

クラス名		児童名	
病院名	医院(病院)	保護者名	
薬の用途	風邪・咳・下痢止め・中耳炎・その他 ( )		
薬の種類	粉薬・水薬・その他 ( )		
投薬方法	食前・食間(時間: )・食後・その他 ( )		
服用日	月	日	
特記事項			
受付保育者名:			
こども園欄	投薬者名:	時間:	

薬の依頼書

令和 年 月 日

認定こども園元気の泉 園長様

医師の診察を受けたところ、下記のとおり指示  
がありましたのでお願い致します。

記

\* 必要なものは○で囲んでください。

クラス名		児童名	
病院名	医院(病院)	保護者名	
薬の用途	風邪・咳・下痢止め・中耳炎・その他 ( )		
薬の種類	粉薬・水薬・その他 ( )		
投薬方法	食前・食間(時間: )・食後・その他 ( )		
服用日	月	日	
特記事項			
受付保育者名:			
こども園欄	投薬者名:	時間:	