**お 薬 依 頼 書**　（飲み薬他、軟膏以外）　**令和　年　月　日（依頼日）**

月/日　/　/　/　/　/　/　/　連続の場合左記に毎日、日付を記入してください

★保育園で飲める薬及び塗り薬は医師が処方した薬に限ります。市販の薬は扱いません

★必ず容器や薬袋に名前をお書き下さい。　★特別な注意や指示がある時は備考欄にお書き下さい。

★お薬に対する説明書をもらっている時は、添付してください。　わらしべ保育園

ｸﾗｽ名＿＿＿＿＿**組**　**名前**＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

| | | | |
|---|---|---|---|
| かかった病院名 | | 病名 | |
| 薬の種類・数 | 粉薬（　　）包、　シロップ（　　）、　錠剤（　　）個、<br>点眼薬（　　）、　点耳薬（　　）、　座薬　（　　）mg、 | | |
| 薬の名前 | | | |
| 何の症状のための薬（飲み方・副作用など） | **服用させる時間**　**食前・食後・指定時間（　　）** | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 備　考 | 投薬する最後の予定日　（　　）　依頼書を回収しますので終了時は、保健までお返しください。 | | | | | | |
| 日にち | | | | | | | |
| 投与者 | | | | | | | |

**お 薬 依 頼 書**　（飲み薬他、軟膏以外）　**令和　年　月　日（依頼日）**

月/日　/　/　/　/　/　/　/　連続の場合左記に毎日、日付を記入してください

★保育園で飲める薬及び塗り薬は医師が処方した薬に限ります。市販の薬は扱いません

★必ず容器や薬袋に名前をお書き下さい。　★特別な注意や指示がある時は備考欄にお書き下さい。

★お薬に対する説明書をもらっている時は、添付してください。　わらしべ保育園

ｸﾗｽ名＿＿＿＿＿**組**　**名前**＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

| | | | |
|---|---|---|---|
| かかった病院名 | | 病名 | |
| 薬の種類・数 | 粉薬（　　）包、　シロップ（　　）、　錠剤（　　）個、<br>点眼薬（　　）、　点耳薬（　　）、　座薬　（　　）mg、 | | |
| 薬の名前 | | | |
| 何の症状のための薬（飲み方・副作用など） | **服用させる時間**　**食前・食後・指定時間（　　）** | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 備　考 | 投薬する最後の予定日　（　　）　依頼書を回収しますので終了時は、保健までお返しください。 | | | | | | |
| 日にち | | | | | | | |
| 投与者 | | | | | | | |