≪おくすり依頼書≫

クラス名　　児童名

病名	病院名	受診日　　年　　月　　日
◎薬の内容（該当するものに〇印） ・抗生剤が入っている（　　） ・粉薬（　　種類　）　・水薬（　　種類　） ・外用薬　　塗り薬　（　使用法　　） ・点眼　（　右・左・両方　） ◎薬の服用（使用）時間 ・昼食前　　・昼食後　　・その他（　　）		服用期間　／　～　／

月日	投与時間	与薬者
／	：	
／	：	
／	：	
／	：	
／	：	
／	：	

※　薬は必ず一回分の服用のみお持ち下さい。
　　薬瓶・薬袋に記名してください。
※　坐薬・市販薬はお断りいたします。
※　記入漏れがある場合、確認の連絡をすることがあります。
※　保護者の代行として保育士が与薬するため医療的な
　　責任を負うことはできませんのでご了承下さい。
※　その他薬に関して連絡事項があれば保育士にお伝え下さい。

2020.4～

≪おくすり依頼書≫

クラス名　　児童名

病名	病院名	受診日　　年　　月　　日
◎薬の内容（該当するものに〇印） ・抗生剤が入っている（　　） ・粉薬（　　種類　）　・水薬（　　種類　） ・外用薬　　塗り薬　（　使用法　　） ・点眼　（　右・左・両方　） ◎薬の服用（使用）時間 ・昼食前　　・昼食後　　・その他（　　）		服用期間　／　～　／

月日	投与時間	与薬者
／	：	
／	：	
／	：	
／	：	
／	：	
／	：	

※　薬は必ず一回分の服用のみお持ち下さい。
　　薬瓶・薬袋に記名してください。
※　坐薬・市販薬はお断りいたします。
※　記入漏れがある場合、確認の連絡をすることがあります。
※　保護者の代行として保育士が与薬するため医療的な
　　責任を負うことはできませんのでご了承下さい。
※　その他薬に関して連絡事項があれば保育士にお伝え下さい。

2020.4～