

お薬依頼書

記入の上、保育士に薬と一緒にお渡し下さい。

解熱剤・市販のお薬は預かりません。

※ 薬には、必ず名前を書いてください。

※ 薬は、1回分を持たせて下さい。

薬剤情報提供書（有・無）

依頼日： 年 月 日 ~ 年 月 日まで						
依頼先： 諸聖徒保育園						
(ひかり・あい・わかば・つぼみ・ゆり・ひまわり)						
児童名：			保護者名：			印
病名：			病院名：			
症状：						
薬の種類 ・ 抗生剤・下痢止め・咳止め・外用薬（塗り薬・点眼・点鼻薬）						
昼食前	時	シロップ・粉（ ）		塗（ ）		
昼食後	時	シロップ・粉（ ）		塗（ ）		
日付	/	/	/	/	/	/
受付保育士						
投薬保育士						