

月 日

認定こども園 愛育園

## 薬の依頼書



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します。

組 園児名 \_\_\_\_\_

保護者名 \_\_\_\_\_

|       |   |         |
|-------|---|---------|
| 病院名   | TEL ( )   | TEL ( ) |
| 薬の処方日 | 月 日   | 月 日     |
| 薬の用途  | せき・鼻水・下痢・中耳炎・その他 ( )  |         |
| 薬の種類  | 粉薬 ( 種類 ) ・ 水薬 ( 種類 ) ・ 塗り薬 ( 種類 )<br>点眼薬 ( 種類 / 両眼・右眼・左眼 ) ・ その他 ( ) |         |
| 投薬時間  | 食前 ・ 食間 ( 時 ) ・ 食後  |         |
| 特記事項  |   |         |

----- き り と り -----

組 園児名 \_\_\_\_\_ さん

|           |                             |                                       |
|-----------|-----------------------------|---------------------------------------|
| 認定こども園記載欄 | 月 日 依頼の薬の取り扱いについては、次のとおりです。 |                                       |
|           | 投薬者名                        |                                       |
|           | 用途                          | せき・鼻水・下痢・中耳炎・点眼薬<br>その他 ( ) ・ 塗り薬 ( ) |
|           | 投薬時間                        | 食前 ・ 食間 ( 時 ) ・ 食後                    |
|           | 備考                          |                                       |

月 日

認定こども園 愛育園

## 薬の依頼書



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します。

組 園児名 \_\_\_\_\_

保護者名 \_\_\_\_\_

|       |   |         |
|-------|---|---------|
| 病院名   | TEL ( )   | TEL ( ) |
| 薬の処方日 | 月 日   | 月 日     |
| 薬の用途  | せき・鼻水・下痢・中耳炎・その他 ( )  |         |
| 薬の種類  | 粉薬 ( 種類 ) ・ 水薬 ( 種類 ) ・ 塗り薬 ( 種類 )<br>点眼薬 ( 種類 / 両眼・右眼・左眼 ) ・ その他 ( ) |         |
| 投薬時間  | 食前 ・ 食間 ( 時 ) ・ 食後  |         |
| 特記事項  |   |         |

----- き り と り -----

組 園児名 \_\_\_\_\_ さん

|           |                             |                                       |
|-----------|-----------------------------|---------------------------------------|
| 認定こども園記載欄 | 月 日 依頼の薬の取り扱いについては、次のとおりです。 |                                       |
|           | 投薬者名                        |                                       |
|           | 用途                          | せき・鼻水・下痢・中耳炎・点眼薬<br>その他 ( ) ・ 塗り薬 ( ) |
|           | 投薬時間                        | 食前 ・ 食間 ( 時 ) ・ 食後                    |
|           | 備考                          |                                       |

月 日

認定こども園 愛育園

# 薬の依頼書



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します。

組 園児名 \_\_\_\_\_  
保護者名 \_\_\_\_\_

|       |   |         |
|-------|---|---------|
| 病院名   | TEL ( )   | TEL ( ) |
| 薬の処方日 | 月 日   | 月 日     |
| 薬の用途  | せき・鼻水・下痢・中耳炎・その他 ( )  |         |
| 薬の種類  | 粉薬 ( 種類 ) ・ 水薬 ( 種類 ) ・ 塗り薬 ( 種類 )<br>点眼薬 ( 種類 / 両眼・右眼・左眼 ) ・ その他 ( ) |         |
| 投薬時間  | 食前 ・ 食間 ( 時 ) ・ 食後  |         |
| 特記事項  |   |         |

----- き り と り -----

組 園児名 \_\_\_\_\_ さん

|           |                             |                                       |
|-----------|-----------------------------|---------------------------------------|
| 認定こども園記載欄 | 月 日 依頼の薬の取り扱いについては、次のとおりです。 |                                       |
|           | 投薬者名                        |                                       |
|           | 用途                          | せき・鼻水・下痢・中耳炎・点眼薬<br>その他 ( ) ・ 塗り薬 ( ) |
|           | 投薬時間                        | 食前 ・ 食間 ( 時 ) ・ 食後                    |
|           | 備考                          |                                       |

月 日

認定こども園 愛育園

# 薬の依頼書



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します。

組 園児名 \_\_\_\_\_  
保護者名 \_\_\_\_\_

|       |   |         |
|-------|---|---------|
| 病院名   | TEL ( )   | TEL ( ) |
| 薬の処方日 | 月 日   | 月 日     |
| 薬の用途  | せき・鼻水・下痢・中耳炎・その他 ( )  |         |
| 薬の種類  | 粉薬 ( 種類 ) ・ 水薬 ( 種類 ) ・ 塗り薬 ( 種類 )<br>点眼薬 ( 種類 / 両眼・右眼・左眼 ) ・ その他 ( ) |         |
| 投薬時間  | 食前 ・ 食間 ( 時 ) ・ 食後  |         |
| 特記事項  |   |         |

----- き り と り -----

組 園児名 \_\_\_\_\_ さん

|           |                             |                                       |
|-----------|-----------------------------|---------------------------------------|
| 認定こども園記載欄 | 月 日 依頼の薬の取り扱いについては、次のとおりです。 |                                       |
|           | 投薬者名                        |                                       |
|           | 用途                          | せき・鼻水・下痢・中耳炎・点眼薬<br>その他 ( ) ・ 塗り薬 ( ) |
|           | 投薬時間                        | 食前 ・ 食間 ( 時 ) ・ 食後                    |
|           | 備考                          |                                       |