

お薬依頼書

みずほ保育園

年 月 日

医師の診断を受けたところ、下記の通り指示がありましたので、投薬をお願い致します。

組	組
児童名	
保護者名	Ⓜ
医療機関	
病名・症状	
処方内容 ※該当するものに○をつけてください。 内服薬) ・抗生剤 ・かぜ薬 ・その他() 外用薬) ・塗り薬 ・点眼	
与薬時刻 ※該当するものに○をつけてください。 ・食前 ・食後 ・その他(時 分)	

※調剤薬局よりいただいたお薬の説明書を添付ください。

※お薬依頼書にご記入のうえ、お薬(1回分のみ)と一緒に職員にお渡してください。

※お薬によっては、お預かりできない場合がありますのでご了承ください。<例 ・・**下痢止め**、座薬、市販のお薬>
感染性の下痢ではないもので医師より処方された整腸剤はお預かりできません。

依頼日	依頼印	預かり印	与薬印
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			

終了	年 月 日	Ⓜ
----	-------	---

(注意) お薬の使用が終わりましたら、用紙の終了欄にⓂを押し保育園に戻してください。

お薬依頼書

みずほ保育園

年 月 日

医師の診断を受けたところ、下記の通り指示がありましたので、投薬をお願い致します。

組	組
児童名	
保護者名	Ⓜ
医療機関	
病名・症状	
処方内容 ※該当するものに○をつけてください。 内服薬) ・抗生剤 ・かぜ薬 ・その他() 外用薬) ・塗り薬 ・点眼	
与薬時刻 ※該当するものに○をつけてください。 ・食前 ・食後 ・その他(時 分)	

※調剤薬局よりいただいたお薬の説明書を添付ください。

※お薬依頼書にご記入のうえ、お薬(1回分のみ)と一緒に職員にお渡してください。

※お薬によっては、お預かりできない場合がありますのでご了承ください。<例 ・・**下痢止め**、座薬、市販のお薬>
感染性の下痢ではないもので医師より処方された整腸剤はお預かりできません。

依頼日	依頼印	預かり印	与薬印
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			

終了	年 月 日	Ⓜ
----	-------	---

(注意) お薬の使用が終わりましたら、用紙の終了欄にⓂを押し保育園に戻してください。