

※病院で診察を受ける場合は、保育園に通園している事を伝えたとで、1日2回(朝・夕)の処方が出来ないか確認して下さい。
 やむを得ない場合は保護者に代わって園で与薬致します。初めてのお薬や市販薬、頓服薬、古い薬はお預かりできません。
 必要事項をご記入の上、薬に記名し保育士に手渡して下さい(お薬は1回分を小分けにして下さい)

お薬依頼書		クラス	組	園児名			
薬を投与する事を、あゆみ保育園に一任します				保護者名			
病名 または症状				病院名			
薬の種類	1.内服薬(粉: 袋・シロップ) 2.外用薬(塗り薬 種類)(点眼 滴) 3.その他()			合計 種類	与薬時間	昼食(前・後) その他(時頃)	
内容	抗生剤・風邪薬・整腸剤・外用薬・その他()						
依頼日	令和 年 月 日()~ 月 日()まで						
与薬月日	/	/	/	/	/	/	/
時間	:	:	:	:	:	:	:
保育士名							

※病院で診察を受ける場合は、保育園に通園している事を伝えたとで、1日2回(朝・夕)の処方が出来ないか確認して下さい。
 やむを得ない場合は保護者に代わって園で与薬致します。初めてのお薬や市販薬、頓服薬、古い薬はお預かりできません。
 必要事項をご記入の上、薬に記名し保育士に手渡して下さい(お薬は1回分を小分けにして下さい)

お薬依頼書		クラス	組	園児名			
薬を投与する事を、あゆみ保育園に一任します				保護者名			
病名 または症状				病院名			
薬の種類	1.内服薬(粉: 袋・シロップ) 2.外用薬(塗り薬 種類)(点眼 滴) 3.その他()			合計 種類	与薬時間	昼食(前・後) その他(時頃)	
内容	抗生剤・風邪薬・整腸剤・外用薬・その他()						
依頼日	令和 年 月 日()~ 月 日()まで						
与薬月日	/	/	/	/	/	/	/
時間	:	:	:	:	:	:	:
保育士名							