



投薬依頼書

内服薬用

依頼申し込み日： 年 月 日

保護者名：

児童名	(年齢 歳)		
病名 (又は症状)			
病院名	薬処方日	年 月 日	
投薬日時	<input type="checkbox"/> 当日のみ <input type="checkbox"/> 短期間 (年 月 日から 年 月 日まで)		変更： まで
	<input type="checkbox"/> 給食前 <input type="checkbox"/> 給食後 <input type="checkbox"/> その他 ()		
薬の剤型	<input type="checkbox"/> 粉 <input type="checkbox"/> 液 (シロップ) <input type="checkbox"/> 固形 <input type="checkbox"/> その他 ()	薬の内容	<input type="checkbox"/> 風邪薬 <input type="checkbox"/> 咳止め <input type="checkbox"/> 下痢止め <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> その他 ()
	注意事項等：		

投薬日	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()
投薬時間①	: ㊟	: ○	: ○	: ○
投薬時間②	: ○	: ○	: ○	: ○
薬返却 受取人：				

投薬日	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()
時間①	: ㊟	: ○	: ○	: ○
時間②	: ○	: ○	: ○	: ○
薬返却 受取人：				

※薬は、名前を記名して、その日に使用する分だけ、処方箋と一緒にお願いします。

※以前処方された薬や、市販の薬はお預りできません。

※投薬を中止、投薬の完了時は、にこっと保育園の保育士にお伝えください。