

※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上で、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、点眼薬、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)			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上で、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、点眼薬、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)			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							