

受取職員:	持参薬投与依頼書(内服)	投与職員:
クラス()	園児名()	保護者名()
病院()	病名()	
薬の処方日__月__日に処方された__日分のうち本日分 投与依頼日__月__日 昼食後		
内服するのは 粉 ()包 水薬()液 計__種類		
薬の内容(○して下さい)		
抗生物質 咳止め 痰きり 整腸剤 その他()		
※全ての記入事項が記入されていない場合は投与しません。 ☆受取職員と投与職員欄は園で記入します☆		

受取職員:	持参薬投与依頼書(内服)	投与職員:
クラス()	園児名()	保護者名()
病院()	病名()	
薬の処方日__月__日に処方された__日分のうち本日分 投与依頼日__月__日 昼食後		
内服するのは 粉 ()包 水薬()液 計__種類		
薬の内容(○して下さい)		
抗生物質 咳止め 痰きり 整腸剤 その他()		
※全ての記入事項が記入されていない場合は投与しません。 ☆受取職員と投与職員欄は園で記入します☆		

受取職員:	持参薬投与依頼書(内服)	投与職員:
クラス()	園児名()	保護者名()
病院()	病名()	
薬の処方日__月__日に処方された__日分のうち本日分 投与依頼日__月__日 昼食後		
内服するのは 粉 ()包 水薬()液 計__種類		
薬の内容(○して下さい)		
抗生物質 咳止め 痰きり 整腸剤 その他()		
※全ての記入事項が記入されていない場合は投与しません。 ☆受取職員と投与職員欄は園で記入します☆		

受取職員:	持参薬投与依頼書(内服)	投与職員:
クラス()	園児名()	保護者名()
病院()	病名()	
薬の処方日__月__日に処方された__日分のうち本日分 投与依頼日__月__日 昼食後		
内服するのは 粉 ()包 水薬()液 計__種類		
薬の内容(○して下さい)		
抗生物質 咳止め 痰きり 整腸剤 その他()		
※全ての記入事項が記入されていない場合は投与しません。 ☆受取職員と投与職員欄は園で記入します☆		

受取職員: **持参薬投与依頼書(塗り薬)** 投与職員:

クラス()園児名() 保護者名()
 病院()病名()
 薬の処方日 ____月____日に処方
 投与依頼日 ____月____日～____月____日(最長一か月)
 ※薬は園預かりになります。

使用する部位:()

薬の内容(ex 痒み止め 保湿剤など)
 ()()
 ()

※ステロイドを含むものはお預かりできません
 ※全ての記入事項が記入されていない場合は投与しません。
 ☆受取職員と投与職員欄は園で記入します☆

受取職員: **持参薬投与依頼書(塗り薬)** 投与職員:

クラス()園児名() 保護者名()
 病院()病名()
 薬の処方日 ____月____日に処方
 投与依頼日 ____月____日～____月____日(最長一か月)
 ※薬は園預かりになります。

使用する部位:()

薬の内容(ex 痒み止め 保湿剤など)
 ()()
 ()

※ステロイドを含むものはお預かりできません
 ※全ての記入事項が記入されていない場合は投与しません。
 ☆受取職員と投与職員欄は園で記入します☆

受取職員: **持参薬投与依頼書(塗り薬)** 投与職員:

クラス()園児名() 保護者名()
 病院()病名()
 薬の処方日 ____月____日に処方
 投与依頼日 ____月____日～____月____日(最長一か月)
 ※薬は園預かりになります。

使用する部位:()

薬の内容(ex 痒み止め 保湿剤など)
 ()()
 ()

※ステロイドを含むものはお預かりできません
 ※全ての記入事項が記入されていない場合は投与しません。
 ☆受取職員と投与職員欄は園で記入します☆

受取職員: **持参薬投与依頼書(塗り薬)** 投与職員:

クラス()園児名() 保護者名()
 病院()病名()
 薬の処方日 ____月____日に処方
 投与依頼日 ____月____日～____月____日(最長一か月)
 ※薬は園預かりになります。

使用する部位:()

薬の内容(ex 痒み止め 保湿剤など)
 ()()
 ()

※ステロイドを含むものはお預かりできません
 ※全ての記入事項が記入されていない場合は投与しません。
 ☆受取職員と投与職員欄は園で記入します☆

受取職員:	持参薬投与依頼書(貼付薬)	投与職員:
クラス()	園児名()	保護者名()
病院()	病名()	
薬の処方日 ___月___日に処方		
貼り薬 ___月___日 朝・夕・眠前に貼付		
薬の内容(気管支拡張剤など)		
() ()		
<u>※貼付薬の上に剥がれないように絆創膏等を貼り、名前を記入してください。</u>		
※全ての記入事項が記入されていない場合は投与しません。		
☆受取職員と投与職員欄は園で記入します☆		

受取職員:	持参薬投与依頼書(貼付薬)	投与職員:
クラス()	園児名()	保護者名()
病院()	病名()	
薬の処方日 ___月___日に処方		
貼り薬 ___月___日 朝・夕・眠前に貼付		
薬の内容(気管支拡張剤など)		
() ()		
<u>※貼付薬の上に剥がれないように絆創膏等を貼り、名前を記入してください。</u>		
※全ての記入事項が記入されていない場合は投与しません。		
☆受取職員と投与職員欄は園で記入します☆		

受取職員:	持参薬投与依頼書(貼付薬)	投与職員:
クラス()	園児名()	保護者名()
病院()	病名()	
薬の処方日 ___月___日に処方		
貼り薬 ___月___日 朝・夕・眠前に貼付		
薬の内容(気管支拡張剤など)		
() ()		
<u>※貼付薬の上に剥がれないように絆創膏等を貼り、名前を記入してください。</u>		
※全ての記入事項が記入されていない場合は投与しません。		
☆受取職員と投与職員欄は園で記入します☆		

受取職員:	持参薬投与依頼書(貼付薬)	投与職員:
クラス()	園児名()	保護者名()
病院()	病名()	
薬の処方日 ___月___日に処方		
貼り薬 ___月___日 朝・夕・眠前に貼付		
薬の内容(気管支拡張剤など)		
() ()		
<u>※貼付薬の上に剥がれないように絆創膏等を貼り、名前を記入してください。</u>		
※全ての記入事項が記入されていない場合は投与しません。		
☆受取職員と投与職員欄は園で記入します☆		

受取職員: **持参薬投与依頼書(目薬)** 投与職員:

クラス()園児名() 保護者名()
 病院()病名()
 薬の処方日 ____月____日に処方
 投与依頼日 ____月____日

使用するのは(○してください) 両眼 ・ 右眼のみ ・ 左眼のみ

目薬の順番①→②→③
 ①()②()
 ③()

※ステロイドを含むものはお預かりできません
 ※全ての記入事項が記入されていない場合は投与しません。
 ☆受取職員と投与職員欄は園で記入します☆

受取職員: **持参薬投与依頼書(目薬)** 投与職員:

クラス()園児名() 保護者名()
 病院()病名()
 薬の処方日 ____月____日に処方
 投与依頼日 ____月____日

使用するのは(○してください) 両眼 ・ 右眼のみ ・ 左眼のみ

目薬の順番①→②→③
 ①()②()
 ③()

※ステロイドを含むものはお預かりできません
 ※全ての記入事項が記入されていない場合は投与しません。
 ☆受取職員と投与職員欄は園で記入します☆

受取職員: **持参薬投与依頼書(目薬)** 投与職員:

クラス()園児名() 保護者名()
 病院()病名()
 薬の処方日 ____月____日に処方
 投与依頼日 ____月____日

使用するのは(○してください) 両眼 ・ 右眼のみ ・ 左眼のみ

目薬の順番①→②→③
 ①()②()
 ③()

※ステロイドを含むものはお預かりできません
 ※全ての記入事項が記入されていない場合は投与しません。
 ☆受取職員と投与職員欄は園で記入します☆

受取職員: **持参薬投与依頼書(目薬)** 投与職員:

クラス()園児名() 保護者名()
 病院()病名()
 薬の処方日 ____月____日に処方
 投与依頼日 ____月____日

使用するのは(○してください) 両眼 ・ 右眼のみ ・ 左眼のみ

目薬の順番①→②→③
 ①()②()
 ③()

※ステロイドを含むものはお預かりできません
 ※全ての記入事項が記入されていない場合は投与しません。
 ☆受取職員と投与職員欄は園で記入します☆