

投薬依頼書

組 氏名

依頼日	年 月 日
処方日	年 月 日(処方期間 日分)
病院名	※緊急時に連絡がとれるように記載してください。
病名 (症状)	
薬の種類	粉薬()包・シロップ()種類・塗り薬
	点眼(左・右)・その他()
投薬時間	食前・食後・その他(時 分)

※薬は1回分のみ、お預かりします。

※与薬に関しては保護者の責任とさせていただきます。

保護者氏名

受付職員名	投薬職員名
-------	-------

かめりあ こども園

投薬依頼書

組 氏名

依頼日	年 月 日
処方日	年 月 日(処方期間 日分)
病院名	※緊急時に連絡がとれるように記載してください。
病名 (症状)	
薬の種類	粉薬()包・シロップ()種類・塗り薬
	点眼(左・右)・その他()
投薬時間	食前・食後・その他(時 分)

※薬は1回分のみ、お預かりします。

※与薬に関しては保護者の責任とさせていただきます。

保護者氏名

受付職員名	投薬職員名
-------	-------

かめりあ こども園

投薬依頼書

組 氏名

依頼日	年 月 日
処方日	年 月 日(処方期間 日分)
病院名	※緊急時に連絡がとれるように記載してください。
病名 (症状)	
薬の種類	粉薬()包・シロップ()種類・塗り薬
	点眼(左・右)・その他()
投薬時間	食前・食後・その他(時 分)

※薬は1回分のみ、お預かりします。

※与薬に関しては保護者の責任とさせていただきます。

保護者氏名

受付職員名	投薬職員名
-------	-------

かめりあ こども園

投薬依頼書

組 氏名

依頼日	年 月 日
処方日	年 月 日(処方期間 日分)
病院名	※緊急時に連絡がとれるように記載してください。
病名 (症状)	
薬の種類	粉薬()包・シロップ()種類・塗り薬
	点眼(左・右)・その他()
投薬時間	食前・食後・その他(時 分)

※薬は1回分のみ、お預かりします。

※与薬に関しては保護者の責任とさせていただきます。

保護者氏名

受付職員名	投薬職員名
-------	-------

かめりあ こども園