

◎薬の依頼書はコピーをして使用してください。

<b>薬の依頼書</b> (1回分) 令和 年 月 日	
五日市すみれこども園長様 次のとおり、与薬をお願いします。なお、依頼する薬の用途・容量等については、医師の指示どおりであることを確認しています。	
組	園児名
保護者名	
※必要なものは○で囲んでください。	
病院名	医院 (病院)
病名	
処方年月日	令和 年 月 日
薬の用途	かぜ・咳・下痢・中耳炎・その他 ( )
薬の剤型	粉・液体(シロップ)・外用薬・その他 ( )
与薬時間	食前・食間 ( 時)・食後・その他 ( )
薬の数	1回分 計 ( ) 種類
外用薬の使用法	
特記事項	

保育園欄	受取者氏名 ( ) 与薬者氏名 ( )
------	---------------------

<b>薬の依頼書</b> (1回分) 令和 年 月 日	
五日市すみれこども園長様 次のとおり、与薬をお願いします。なお、依頼する薬の用途・容量等については、医師の指示どおりであることを確認しています。	
組	園児名
保護者名	
※必要なものは○で囲んでください。	
病院名	医院 (病院)
病名	
処方年月日	令和 年 月 日
薬の用途	かぜ・咳・下痢・中耳炎・その他 ( )
薬の剤型	粉・液体(シロップ)・外用薬・その他 ( )
与薬時間	食前・食間 ( 時)・食後・その他 ( )
薬の数	1回分 計 ( ) 種類
外用薬の使用法	
特記事項	

保育園欄	受取者氏名 ( ) 与薬者氏名 ( )
------	---------------------

<b>薬の依頼書</b> (1回分) 令和 年 月 日	
五日市すみれこども園長様 次のとおり、与薬をお願いします。なお、依頼する薬の用途・容量等については、医師の指示どおりであることを確認しています。	
組	園児名
保護者名	
※必要なものは○で囲んでください。	
病院名	医院 (病院)
病名	
処方年月日	令和 年 月 日
薬の用途	かぜ・咳・下痢・中耳炎・その他 ( )
薬の剤型	粉・液体(シロップ)・外用薬・その他 ( )
与薬時間	食前・食間 ( 時)・食後・その他 ( )
薬の数	1回分 計 ( ) 種類
外用薬の使用法	
特記事項	

保育園欄	受取者氏名 ( ) 与薬者氏名 ( )
------	---------------------

<b>薬の依頼書</b> (1回分) 令和 年 月 日	
五日市すみれこども園長様 次のとおり、与薬をお願いします。なお、依頼する薬の用途・容量等については、医師の指示どおりであることを確認しています。	
組	園児名
保護者名	
※必要なものは○で囲んでください。	
病院名	医院 (病院)
病名	
処方年月日	令和 年 月 日
薬の用途	かぜ・咳・下痢・中耳炎・その他 ( )
薬の剤型	粉・液体(シロップ)・外用薬・その他 ( )
与薬時間	食前・食間 ( 時)・食後・その他 ( )
薬の数	1回分 計 ( ) 種類
外用薬の使用法	
特記事項	

保育園欄	受取者氏名 ( ) 与薬者氏名 ( )
------	---------------------