

投薬依頼書(1回分)

フォルテ認定こども園 園長 様
依頼日 年 月 日
保護者名 _____ 印

クラス名	園児名	
医療機関名		処方日 年 月 日
病名・症状		服用期間 日分
薬の種類	・内服薬(粉 個・シロップ 個) ・塗り薬 ・目薬 ・その他()	薬の内容(該当するものに○) 咳 ・ 鼻水 ・ 抗生剤 整腸剤 ・ 下痢止め 吐き気止め その他()
	服用時間 ・食前 ・食後	

※保護者の署名捺印のない依頼書は、投薬できません。
※手渡しでないお薬は、服用させることができません。

【注意事項】
・薬を入れた容器や袋には必ず園児名を記載してください。 受領者 _____
・解熱剤、坐薬、市販の薬は投薬できません。 投薬者 _____

投薬依頼書(1回分)

フォルテ認定こども園 園長 様
依頼日 年 月 日
保護者名 _____ 印

クラス名	園児名	
医療機関名		処方日 年 月 日
病名・症状		服用期間 日分
薬の種類	・内服薬(粉 個・シロップ 個) ・塗り薬 ・目薬 ・その他()	薬の内容(該当するものに○) 咳 ・ 鼻水 ・ 抗生剤 整腸剤 ・ 下痢止め 吐き気止め その他()
	服用時間 ・食前 ・食後	

※保護者の署名捺印のない依頼書は、投薬できません。
※手渡しでないお薬は、服用させることができません。

【注意事項】
・薬を入れた容器や袋には必ず園児名を記載してください。 受領者 _____
・解熱剤、坐薬、市販の薬は投薬できません。 投薬者 _____

投薬依頼書(1回分)

フォルテ認定こども園 園長 様
依頼日 年 月 日
保護者名 _____ 印

クラス名	園児名	
医療機関名		処方日 年 月 日
病名・症状		服用期間 日分
薬の種類	・内服薬(粉 個・シロップ 個) ・塗り薬 ・目薬 ・その他()	薬の内容(該当するものに○) 咳 ・ 鼻水 ・ 抗生剤 整腸剤 ・ 下痢止め 吐き気止め その他()
	服用時間 ・食前 ・食後	

※保護者の署名捺印のない依頼書は、投薬できません。
※手渡しでないお薬は、服用させることができません。

【注意事項】
・薬を入れた容器や袋には必ず園児名を記載してください。 受領者 _____
・解熱剤、坐薬、市販の薬は投薬できません。 投薬者 _____

投薬依頼書(1回分)

フォルテ認定こども園 園長 様
依頼日 年 月 日
保護者名 _____ 印

クラス名	園児名	
医療機関名		処方日 年 月 日
病名・症状		服用期間 日分
薬の種類	・内服薬(粉 個・シロップ 個) ・塗り薬 ・目薬 ・その他()	薬の内容(該当するものに○) 咳 ・ 鼻水 ・ 抗生剤 整腸剤 ・ 下痢止め 吐き気止め その他()
	服用時間 ・食前 ・食後	

※保護者の署名捺印のない依頼書は、投薬できません。
※手渡しでないお薬は、服用させることができません。

【注意事項】
・薬を入れた容器や袋には必ず園児名を記載してください。 受領者 _____
・解熱剤、坐薬、市販の薬は投薬できません。 投薬者 _____