

薬の依頼票

年 月 日 ()

保育所長 様

医師の診断を受けたところ、下記のとおり指示がありましたので薬の服用をお願いします。

_____ 組 児童名 _____
(今朝の体温 _____ °C) 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) TEL _____
病 名	_____
処方年月日	_____ 年 月 日 ()
効 用	風邪・咳・下痢・中耳炎・その他 (_____)
薬 の 種 類	粉・液 (シロップ)・外用薬・その他 (_____)
予 薬 時 間	食前・食間 (_____ 時)・食後・その他 (_____)
外用薬の使用法	_____
特 記 事 項	_____

保育所欄

薬を受け取った人	_____
薬を飲ませた人	_____
飲ませた時間	_____

報告欄

----- (切り取り) -----

_____ 月 日

_____ ちゃんのお薬は _____ が飲ませ(塗り)ました。

服用時間は、食前・食間(_____ 時)・食後・その他(_____)です。