

月 日

認定こども園 愛育園

薬の依頼書



医師の診察を受けたところ、
下記のとおり指示がありましたのでお願いします。

組 園児名

保護者名

病 院 名	TEL ()	TEL ()
薬の処方日	月 日	月 日
薬の用途	せき・鼻水・下痢・中耳炎・その他 ()	
薬の種類	粉薬 (種類) ・ 水薬 (種類) ・ 塗り薬 (種類) 点眼薬 (種類 / 両眼・右眼・左眼) ・ その他 ()	
投薬時間	食前 ・ 食間 (時) ・ 食後	
特記事項		

----- き り と り -----

組 園児名 さん

認定こども園記載欄	月 日 依頼の薬の取り扱いについては、次のとおりです。	
	投薬者名	
	用 途	せき・鼻水・下痢・中耳炎・点眼薬 その他 () ・ 塗り薬 ()
	投薬時間	食前 ・ 食間 (時) ・ 食後
	備 考	

月 日

認定こども園 愛育園

薬の依頼書



医師の診察を受けたところ、
下記のとおり指示がありましたのでお願いします。

組 園児名

保護者名

病 院 名	TEL ()	TEL ()
薬の処方日	月 日	月 日
薬の用途	せき・鼻水・下痢・中耳炎・その他 ()	
薬の種類	粉薬 (種類) ・ 水薬 (種類) ・ 塗り薬 (種類) 点眼薬 (種類 / 両眼・右眼・左眼) ・ その他 ()	
投薬時間	食前 ・ 食間 (時) ・ 食後	
特記事項		

----- き り と り -----

組 園児名 さん

認定こども園記載欄	月 日 依頼の薬の取り扱いについては、次のとおりです。	
	投薬者名	
	用 途	せき・鼻水・下痢・中耳炎・点眼薬 その他 () ・ 塗り薬 ()
	投薬時間	食前 ・ 食間 (時) ・ 食後
	備 考	