投薬依頼書

石山くじら保育園　園長　殿

令和　　年　　月　　日

チーム　　園児名

保護者名

◎必要な個所を〇で囲んでください。

病院名	TEL（　　）　　―
医師名	
病名	
処方の月日	令和　　年　　月　　日
薬の内容	風邪・咳・中耳炎・その他（　　）
薬の種類	粉薬（　　包）・水薬（シロップ）・外用薬・その他（　　）
投薬時間	食前・食間・食後・その他（　　）
外用薬の使用方法・部位	
特記事項	

切り取り

様

月日	／	／	／	／	／	／	／	／	／
保護者サイン									
投与者サイン									