

お薬依頼票

※持参薬がある場合、必要事項記入してお持ちください

保護者に代わって投与をお願い致します。

平成 年 月 日 () 依頼者 保護者氏名

< お子さんのお名前 >

【薬の種類】 (○をつけて記入してください) 粉()包・シロップ()種類・塗り薬()個・点眼()個・点耳()個・その他()
【薬品名】
【病児保育での投与時間と回数】 朝、昼、食前、食後、または時間などを記入ください。
【普段の飲み方、服用方法】

【常時内服薬】 今回処方された薬以外で(常時)服用してしている薬 ない・ある (○をつけてください)
(薬品名:) () (回/1日) 最終服用時間 ()

受領者サイン

酒寄医院併設型病児保育室
「まちかど保健室しながわ」

お薬依頼票

※持参薬がある場合、必要事項記入してお持ちください

保護者に代わって投与をお願い致します。

平成 年 月 日 () 依頼者 保護者氏名

< お子さんのお名前 >

【薬の種類】 (○をつけて記入してください) 粉()包・シロップ()種類・塗り薬()個・点眼()個・点耳()個・その他()
【薬品名】
【病児保育での投与時間と回数】 朝、昼、食前、食後、または時間などを記入ください。
【普段の飲み方、服用方法】

【常時内服薬】 今回処方された薬以外で(常時)服用してしている薬 ない・ある (○をつけてください)
(薬品名:) () (回/1日) 最終服用時間 ()

受領者サイン

酒寄医院併設型病児保育室
「まちかど保健室しながわ」