

認定こども園 愛育園

※見本のように記入
して下さい。

●月 ▲日

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。

ぽんだ 組 園児名 愛育 花子

保護者名 愛育 太郎

病院名	●▲■小児科 TEL 082 (424) ●▲■	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 (1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	※塗り薬を塗る場所、頻度、塗り方等の説明や その他、必要なことがあれば記入して下さい。	

----- き り と り -----

ぽんだ 組 園児名 愛育 花子 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	

認定こども園 愛育園

月 日

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	