

投 薬 願 い

組 園児名 _____

保護者名 _____ 印

1. 日時 令和 年 月 日() ~ 月 日()

食前 ・ 食後 ・ おやつ後

2. 種類 粉薬 水薬 錠剤 塗薬 点眼薬 計 種類

3. 病名 _____

4. いつ、どこの病院で処方されましたか

令和 年 月 日() 病院名 _____

～お願い～

①投薬願いに記入して下さい。

(内服薬は毎日1枚、塗薬・点眼薬は1枚で1週間使用できます)

②薬は、1回分のみを投薬願いと一緒にごジッパー付きの袋に入れて持参して下さい。(薬と袋にはクラス名と名前を記入して下さい)

③登園時には、必ず保育士に薬がある事を伝え、薬の確認を一緒に行ってください。

④薬は、医師に処方されたものに限らせて頂きます。

投薬実施証明書

組 園児名 _____

投薬日時 令和 年 月 日 時 分頃

投薬者 _____

印

下線のある項目にすべて記入して来て下さい。