

投薬依頼書

組 園児氏名

保護者氏名

印

| | |
|------|-----------------------------------|
| 服用月日 | 平成 年 月 日 ~ 月 日 |
| 薬名 | |
| 効能 | ・咳止め ・解熱 ・かゆみ止め ・痛み止め ・その他 () |
| 飲み方 | ・食前 ・食後 ・その他 () |
| 薬の種類 | ・こな薬 ・錠剤 ・カプセル ・液体 ・その他 () |

- ・ 医師が処方した薬に必ず「投薬依頼書」を添付してください。
- ・ 使用する薬は当日1回分のみお持ち下さい。
- ・ 袋や容器に必ずクラス名と園児氏名を記載して下さい。



投薬依頼書

組 園児氏名

保護者氏名

印

| | |
|------|-----------------------------------|
| 服用月日 | 平成 年 月 日 ~ 月 日 |
| 薬名 | |
| 効能 | ・咳止め ・解熱 ・かゆみ止め ・痛み止め ・その他 () |
| 飲み方 | ・食前 ・食後 ・その他 () |
| 薬の種類 | ・こな薬 ・錠剤 ・カプセル ・液体 ・その他 () |

- ・ 医師が処方した薬に必ず「投薬依頼書」を添付してください。
- ・ 使用する薬は当日1回分のみお持ち下さい。
- ・ 袋や容器に必ずクラス名と園児氏名を記載して下さい。



キタトリセン

A4サイズで印刷された方は、印刷後、赤いキリトリセンに沿って裁断頂いてご提出下さい。

B5サイズの内紙をお持ちの方は、印刷時に表示される

・自動回転と中央配置

・PDFのページサイズに合わせて用紙を選択

のチェックを外して印刷下さい。B5サイズに収まって印刷されます。

キリトリセン