

投薬依頼書

Medication request form

園児氏名 <small>ひらがなで記入</small>		組名	組
保護者名	(印)	緊急 連絡先	
服用期間	平成 年 月 日 ~ 月 日		
効能	<input type="checkbox"/> 咳止め <input type="checkbox"/> 解熱 <input type="checkbox"/> かゆみ止め <input type="checkbox"/> 痛み止め <input type="checkbox"/> その他 ()		
飲み方	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他 ()		
薬の種類	<input type="checkbox"/> こな薬 <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> カプセル <input type="checkbox"/> 液体 <input type="checkbox"/> その他 ()		

- ※ 医師が処方した薬に必ず本依頼書を添付して下さい。
- ※ 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。

-----切り取り線-----

投薬依頼書

Medication request form

園児氏名 <small>ひらがなで記入</small>		組名	
保護者名	(印)	緊急 連絡先	
服用期間	平成 年 月 日 ~ 月 日		
効能	<input type="checkbox"/> 咳止め <input type="checkbox"/> 解熱 <input type="checkbox"/> かゆみ止め <input type="checkbox"/> 痛み止め <input type="checkbox"/> その他 ()		
飲み方	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他 ()		
薬の種類	<input type="checkbox"/> こな薬 <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> カプセル <input type="checkbox"/> 液体 <input type="checkbox"/> その他 ()		

- ※ 医師が処方した薬に必ず本依頼書を添付して下さい。
- ※ 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。

-----切り取り線-----

B5用紙で直接印刷される場合は、印刷設定時に表示される「ページ処理」の欄を下記にチェックを入れて印刷頂くと綺麗に印刷されます。

- ① 「ページの拡大/縮小」を「なし」に設定。
- ② 「自動開店と中央配置」のチェックを外す。

切り取り線