



薬の依頼書



社会福祉法人 ちくば福祉会

糸満ちくば第2こども園

令和

年

月

日

記

依頼者 保護者氏名 _____ (印) 又はサイン _____

児童名 _____ クラス名 _____

病院名 _____

病名 (又は症状) _____

持参した薬の服用期間

令和 年 月 日 ~ 月 日 (日分)

薬の内容

抗生物質 咳止め 整腸剤 下痢止め その他 ()

粉薬 液 (シロップ) 外用薬 (軟膏 ・ 湿布)

使用時間

食前 食間 食後 おやつ前 おやつ後

その他具体的に ()

保育者記載

与薬者名

時間

月日	/	/	/	/	/	/	/
サイン							