

投薬票(保護者記載用) 内服薬・点眼用

依頼先: 保育園名	きらめきの森保育園	宛	平成	年	月	日記	
依頼者: 保護者名	印 連絡先 電話						
児童名	男・女	歳	ヶ月				
主治医:	電話						
(病院・医院)						
病名(又は症状)							
①持参した薬は	年	月	日	~	年	月	日まで与薬してください
②保管は	室温・冷蔵庫・その他()						
③薬の剤型(該当するものに○)							
	粉・液(シロップ)・点眼・その他()						
④薬の内容(薬剤名/薬の種類に○)および与薬時間							
1.	/抗生物質・咳止め・鼻止め・整腸剤・その他()						
	午前・午後	時	分	または	昼食・おやつの	分前・分後	
2.	/抗生物質・咳止め・鼻止め・整腸剤・その他()						
	午前・午後	時	分	または	昼食・おやつの	分前・分後	
3.	/抗生物質・咳止め・鼻止め・整腸剤・その他()						
	午前・午後	時	分	または	昼食・おやつの	分前・分後	
4.	/抗生物質・咳止め・鼻止め・整腸剤・その他()						
	午前・午後	時	分	または	昼食・おやつの	分前・分後	
薬剤提供書	あり・なし						
⑤注意事項							

日付	/	/	/	/	/
受領者					
実施者					
保護者					
日付	/	/	/	/	/
受領者					
実施者					
保護者					
日付	/	/	/	/	/
受領者					
実施者					
保護者					
日付	/	/	/	/	/
受領者					
実施者					
保護者					
日付	/	/	/	/	/
受領者					
実施者					
保護者					