

投薬依頼票

社会福祉法人 永翔会 龍翔寺こども園

下記の項目に記入し、本日の薬 1 回分をお渡し下さい。

月 日 _____ 組 園児名 _____
～ 月 日 日まで (2 週間を限度とする)
病名 処方した医師または病院名

薬の種類 散薬, 水薬, 塗り薬, 目薬, 点鼻薬, その他

与薬時間 食前 食後 (時 分)

飲ませる方法

塗る部位

薬の保管 常温 冷蔵

その他注意をする事

.....
.....
.....