

薬の依頼書

令和 年 月 日

ハイジこども園様

医師の診断を受けたところ、下記のとおり指示がありましたのでお願いします。

記

クラス名		園児名	
依頼者名		依頼者TEL	
病院名:TEL		主治医名	
薬局名		薬局TEL	
病名(症状)			
今日の体温		食欲	
薬の種類	粉末(薬名:) (袋) 水薬(薬名:) (ml) 錠剤(薬名:) (錠) その他(薬名:)		
飲ませる時間	食前 食後 食間 (時) 他()		
飲ませた者		立会人	

- ①薬の依頼は原則として保護者になります。
- ②解熱剤・市販の薬は、お預かりいたしません。
- ③薬には名前を記入ください。
- ④チャック付の袋に1回分のみを入れて下さい。

*お薬は朝夕の処方医師に相談しましょう。