

### ぐすり依頼書(認定宮川こども園)

令和 年 月 日

下記の通り、私に代わり投薬・塗り薬・点眼薬をお願いします。尚、この投薬により、何か異常な事態が生じても、こども園への責任は問いません。

記

(必要ところは、まるで囲んで下さい)

組名	名前	保護者名	印
病院名	TEL		
病名又は症状			
持参した薬の用途	風邪・咳・下痢止め・中耳炎・その他( )		
薬の種類	粉末・水薬・塗り薬・その他( )		
服用日時	月 日 ~ 月 日	希望の時間	食前・食後・その他( )
外用薬等の使用方法			
その他の注意事項			
子ども園	受領者サイン		投薬者サイン
	投薬時間	月 日	午前・午後 時 分

・投薬(粉末・水薬)は、1回分だけ預かります。  
 ・座薬、市販の薬は、解熱剤は扱いません。  
 ・依頼者は、必要事項を記入して薬と一緒に各クラス担任が保育教諭に手渡してください。  
 ・直接、薬の袋及び容器に名前を書いて下さい。

### ぐすり依頼書(認定宮川こども園)

令和 年 月 日

下記の通り、私に代わり投薬・塗り薬・点眼薬をお願いします。尚、この投薬により、何か異常な事態が生じても、こども園への責任は問いません。

記

(必要ところは、まるで囲んで下さい)

組名	名前	保護者名	印
病院名	TEL		
病名又は症状			
持参した薬の用途	風邪・咳・下痢止め・中耳炎・その他( )		
薬の種類	粉末・水薬・塗り薬・その他( )		
服用日時	月 日 ~ 月 日	希望の時間	食前・食後・その他( )
外用薬等の使用方法			
その他の注意事項			
子ども園	受領者サイン		投薬者サイン
	投薬時間	月 日	午前・午後 時 分

・投薬(粉末・水薬)は、1回分だけ預かります。  
 ・座薬、市販の薬は、解熱剤は扱いません。  
 ・依頼者は、必要事項を記入して薬と一緒に各クラス担任が保育教諭に手渡してください。  
 ・直接、薬の袋及び容器に名前を書いて下さい。