

お薬依頼書

一里山ひかりこども園

年 月 日 ~ 月 日 (日分)	
組	名前 印
薬の服用理由 ・ 注意事項	
服用時間 食前 ・ 食後 ・ () 時頃	
薬の種類 粉薬 () 色 () 袋 水薬 () 色 ・ 塗り薬	
受取者サイン	投薬者サイン

※薬の容器・袋にも名前を明記してください。

※お医者さんと相談の上、朝夕のみの処方が可能ならばご協力をお願いします。

※薬と一緒にこの用紙を職員までお渡しください。