使用後は園で保管させていただきます。提出をお願いします。

投薬カード（のみぐすり） ぽっぼ第一保育園

☆お薬手帳など処方日・処方内容がわかるものを添付してください。

依頼者	保護者氏名	
	子ども氏名	()組
主治医		病院・医院
持参した薬	月 日に処方された薬・	日間分処方
病名		
薬の内容	かぜ薬 ・ 咳止め ・ 整腸剤 その他 ()	
量	(包) ・ その他 ()	
薬の剤型	粉・液（シロップ）・その他 ()	
投与する時	食事の 前 ・ 後 その他 ()	
備考		

日付	保護者サイン	受領サイン	与薬者	備考
月 日(月)				
月 日(火)				
月 日(水)				
月 日(木)				
月 日(金)				

※コピーしてご使用下さい

使用後は園で保管させていただきます。提出をお願いします。

投薬カード（のみぐすり） ぽっぼ第一保育園

☆お薬手帳など処方日・処方内容がわかるものを添付してください。

依頼者	保護者氏名	
	子ども氏名	()組
主治医		病院・医院
持参した薬	月 日に処方された薬・	日間分処方
病名		
薬の内容	かぜ薬 ・ 咳止め ・ 整腸剤 その他 ()	
量	(包) ・ その他 ()	
薬の剤型	粉・液（シロップ）・その他 ()	
投与する時	食事の 前 ・ 後 その他 ()	
備考		

日付	保護者サイン	受領サイン	与薬者	備考
月 日(月)				
月 日(火)				
月 日(水)				
月 日(木)				
月 日(金)				

※コピーしてご使用下さい

使用後は園で保管させていただきます。提出をお願いします。

投薬カード（塗り薬・貼り薬・目薬）ぽっぼ第一保育園

☆お薬手帳など処方日・処方内容がわかるものを添付してください。

依頼者	保護者氏名	
	子ども氏名	()組
主治医		病院・医院
持参した薬	年 月 日に処方された薬	
病名		
薬の内容	気管支拡張テープ ・ 軟膏 () 目薬 () 左・右 その他 ()	
量		
使用時	食事の前 ・ 後・その他 ()	
備考		

日付	保護者サイン	受領サイン	与薬者	備考
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				

※コピーしてご使用下さい。

使用後は園で保管させていただきます。提出をお願いします。

投薬カード（塗り薬・貼り薬・目薬）ぽっぼ第一保育園

☆お薬手帳など処方日・処方内容がわかるものを添付してください。

依頼者	保護者氏名	
	子ども氏名	()組
主治医		病院・医院
持参した薬	年 月 日に処方された薬	
病名		
薬の内容	気管支拡張テープ ・ 軟膏 () 目薬 () 左・右 その他 ()	
量		
使用時	食事の前 ・ 後・その他 ()	
備考		

日付	保護者サイン	受領サイン	与薬者	備考
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				

※コピーしてご使用下さい。