

## 投薬カード (internal medicine) ぼっぼ第一保育園

☆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。

(Please attach a medicine notebook ,etc.)

Parent name	
Child name	( ) Class
主治医(Doctor)	Hospital・Clinic
持参した薬 (Bring medicine)	月 日に処方(Prescription date) Prescription for _____ days
病名(Disease name)	
薬の内容 (Contents of the medicine)	かぜ薬 (Cold medicine) ・ 咳止め (cough medicine) ・ 整腸剤 (Intestinal regulator) その他 (other) ( )
量(dose)	( packages) ・ other ( )
薬の剤型 (Shape of medicine)	粉(Powder) ・ 液 (Syrup) その他 (other) ( )
投与する時 (dose interval)	食前・食後 その他 ( ) Before meals ・ after meals other
備考(Remarks)	

日付(Date)	Parent Sign	Receipt Sign	Drug giver	備考(Remarks)
月 日(月)				
月 日(火)				
月 日(水)				
月 日(木)				
月 日(金)				

※Please use a copy.

※Please submit after use.

## 投薬カード (internal medicine) ぼっぼ第一保育園

☆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。

(Please attach a medicine notebook ,etc.)

Parent name	
Child name	( ) Class
主治医(Doctor)	Hospital・Clinic
持参した薬 (Bring medicine)	月 日に処方(Prescription date) Prescription for _____ days
病名(Disease name)	
薬の内容 (Contents of the medicine)	かぜ薬 (Cold medicine) ・ 咳止め (cough medicine) ・ 整腸剤 (Intestinal regulator) その他 (other) ( )
量(dose)	( packages) ・ other ( )
薬の剤型 (Shape of medicine)	粉(Powder) ・ 液 (Syrup) その他 (other) ( )
投与する時 (dose interval)	食前・食後 その他 ( ) Before meals ・ after meals other
備考(Remarks)	

日付(Date)	Parent Sign	Receipt Sign	Drug giver	備考(Remarks)
月 日(月)				
月 日(火)				
月 日(水)				
月 日(木)				
月 日(金)				

※Please use a copy.

※Please submit after use.

投薬カード（塗り薬・貼り薬・目薬）ぽっぽ第一保育園

(Ointment・Adhesive skin patch・eye drops)

☆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。

(Please attach a medicine notebook ,etc.)

	Parent name	
	Child name	( ) Class
主治医(Doctor)	Hospital・Clinic	
持参した薬 (Bring medicine)	月 日に処方(Prescription date)	
病名(Disease name)		
薬の内容 (Contents of the medicine)	気管支拡張テープ (Bronchodilator tape) ・ 軟膏 (ointment) ・その他 ( ) 目薬 (eye drops) 左 (Left eye) ・右(Right eye)	
量(dose)		
投与する時 (dose interval)		
備考(Remarks)		

日付(Date)	Parent Sign	Receipt Sign	Drug giver	備考(Remarks)
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				

※Please use a copy.

※Please submit after use.

投薬カード（塗り薬・貼り薬・目薬）ぽっぽ第一保育園

(Ointment・Adhesive skin patch・eye drops)

☆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。

(Please attach a medicine notebook ,etc.)

	Parent name	
	Child name	( ) Class
主治医(Doctor)	Hospital・Clinic	
持参した薬 (Bring medicine)	月 日に処方(Prescription date)	
病名(Disease name)		
薬の内容 (Contents of the medicine)	気管支拡張テープ (Bronchodilator tape) ・ 軟膏 (ointment) ・その他 ( ) 目薬 (eye drops) 左 (Left eye) ・右(Right eye)	
量(dose)		
投与する時 (dose interval)		
備考(Remarks)		

日付(Date)	Parent Sign	Receipt Sign	Drug giver	備考(Remarks)
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				

※Please use a copy.

※Please submit after use.