

※点線に沿って、切り取ってご利用ください。

投薬依頼書		月	日
園児名			
症状に☑	<input type="checkbox"/> 風邪 <input type="checkbox"/> 咳止 <input type="checkbox"/> 下痢止 <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 外用薬 <input type="checkbox"/> 他()		
薬の種類に☑	<input type="checkbox"/> 粉薬(袋) <input type="checkbox"/> 水薬 <input type="checkbox"/> 塗薬 <input type="checkbox"/> 貼薬 <input type="checkbox"/> 他()		
与薬時間に☑	朝・昼・夕・() <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> 他()		
備考	服用方法 <input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> 水で溶く <input type="checkbox"/> その他()		
	塗り薬 回数 回(時間・患部) 点眼薬 回数 回(時間・患部 <input type="checkbox"/> 左目 <input type="checkbox"/> 右目) その他()		
受取者		投薬者	

必ず1回分を薬袋・容器に入れ、ご記名の上、お渡し下さい

投薬依頼書		月	日
園児名			
症状に☑	<input type="checkbox"/> 風邪 <input type="checkbox"/> 咳止 <input type="checkbox"/> 下痢止 <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 外用薬 <input type="checkbox"/> 他()		
薬の種類に☑	<input type="checkbox"/> 粉薬(袋) <input type="checkbox"/> 水薬 <input type="checkbox"/> 塗薬 <input type="checkbox"/> 貼薬 <input type="checkbox"/> 他()		
与薬時間に☑	朝・昼・夕・() <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> 他()		
備考	服用方法 <input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> 水で溶く <input type="checkbox"/> その他()		
	塗り薬 回数 回(時間・患部) 点眼薬 回数 回(時間・患部 <input type="checkbox"/> 左目 <input type="checkbox"/> 右目) その他()		
受取者		投薬者	

必ず1回分を薬袋・容器に入れ、ご記名の上、お渡し下さい

投薬依頼書		月	日
園児名			
症状に☑	<input type="checkbox"/> 風邪 <input type="checkbox"/> 咳止 <input type="checkbox"/> 下痢止 <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 外用薬 <input type="checkbox"/> 他()		
薬の種類に☑	<input type="checkbox"/> 粉薬(袋) <input type="checkbox"/> 水薬 <input type="checkbox"/> 塗薬 <input type="checkbox"/> 貼薬 <input type="checkbox"/> 他()		
与薬時間に☑	朝・昼・夕・() <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> 他()		
備考	服用方法 <input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> 水で溶く <input type="checkbox"/> その他()		
	塗り薬 回数 回(時間・患部) 点眼薬 回数 回(時間・患部 <input type="checkbox"/> 左目 <input type="checkbox"/> 右目) その他()		
受取者		投薬者	

必ず1回分を薬袋・容器に入れ、ご記名の上、お渡し下さい

投薬依頼書		月	日
園児名			
症状に☑	<input type="checkbox"/> 風邪 <input type="checkbox"/> 咳止 <input type="checkbox"/> 下痢止 <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 外用薬 <input type="checkbox"/> 他()		
薬の種類に☑	<input type="checkbox"/> 粉薬(袋) <input type="checkbox"/> 水薬 <input type="checkbox"/> 塗薬 <input type="checkbox"/> 貼薬 <input type="checkbox"/> 他()		
与薬時間に☑	朝・昼・夕・() <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> 他()		
備考	服用方法 <input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> 水で溶く <input type="checkbox"/> その他()		
	塗り薬 回数 回(時間・患部) 点眼薬 回数 回(時間・患部 <input type="checkbox"/> 左目 <input type="checkbox"/> 右目) その他()		
受取者		投薬者	

必ず1回分を薬袋・容器に入れ、ご記名の上、お渡し下さい

投薬依頼書		月	日
園児名			
症状に☑	<input type="checkbox"/> 風邪 <input type="checkbox"/> 咳止 <input type="checkbox"/> 下痢止 <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 外用薬 <input type="checkbox"/> 他()		
薬の種類に☑	<input type="checkbox"/> 粉薬(袋) <input type="checkbox"/> 水薬 <input type="checkbox"/> 塗薬 <input type="checkbox"/> 貼薬 <input type="checkbox"/> 他()		
与薬時間に☑	朝・昼・夕・() <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> 他()		
備考	服用方法 <input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> 水で溶く <input type="checkbox"/> その他()		
	塗り薬 回数 回(時間・患部) 点眼薬 回数 回(時間・患部 <input type="checkbox"/> 左目 <input type="checkbox"/> 右目) その他()		
受取者		投薬者	

必ず1回分を薬袋・容器に入れ、ご記名の上、お渡し下さい

投薬依頼書		月	日
園児名			
症状に☑	<input type="checkbox"/> 風邪 <input type="checkbox"/> 咳止 <input type="checkbox"/> 下痢止 <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 外用薬 <input type="checkbox"/> 他()		
薬の種類に☑	<input type="checkbox"/> 粉薬(袋) <input type="checkbox"/> 水薬 <input type="checkbox"/> 塗薬 <input type="checkbox"/> 貼薬 <input type="checkbox"/> 他()		
与薬時間に☑	朝・昼・夕・() <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> 他()		
備考	服用方法 <input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> 水で溶く <input type="checkbox"/> その他()		
	塗り薬 回数 回(時間・患部) 点眼薬 回数 回(時間・患部 <input type="checkbox"/> 左目 <input type="checkbox"/> 右目) その他()		
受取者		投薬者	

必ず1回分を薬袋・容器に入れ、ご記名の上、お渡し下さい

投薬依頼書		月	日
園児名			
症状に☑	<input type="checkbox"/> 風邪 <input type="checkbox"/> 咳止 <input type="checkbox"/> 下痢止 <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 外用薬 <input type="checkbox"/> 他()		
薬の種類に☑	<input type="checkbox"/> 粉薬(袋) <input type="checkbox"/> 水薬 <input type="checkbox"/> 塗薬 <input type="checkbox"/> 貼薬 <input type="checkbox"/> 他()		
与薬時間に☑	朝・昼・夕・() <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> 他()		
備考	服用方法 <input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> 水で溶く <input type="checkbox"/> その他()		
	塗り薬 回数 回(時間・患部) 点眼薬 回数 回(時間・患部 <input type="checkbox"/> 左目 <input type="checkbox"/> 右目) その他()		
受取者		投薬者	

必ず1回分を薬袋・容器に入れ、ご記名の上、お渡し下さい

投薬依頼書		月	日
園児名			
症状に☑	<input type="checkbox"/> 風邪 <input type="checkbox"/> 咳止 <input type="checkbox"/> 下痢止 <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 外用薬 <input type="checkbox"/> 他()		
薬の種類に☑	<input type="checkbox"/> 粉薬(袋) <input type="checkbox"/> 水薬 <input type="checkbox"/> 塗薬 <input type="checkbox"/> 貼薬 <input type="checkbox"/> 他()		
与薬時間に☑	朝・昼・夕・() <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> 他()		
備考	服用方法 <input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> 水で溶く <input type="checkbox"/> その他()		
	塗り薬 回数 回(時間・患部) 点眼薬 回数 回(時間・患部 <input type="checkbox"/> 左目 <input type="checkbox"/> 右目) その他()		
受取者		投薬者	

必ず1回分を薬袋・容器に入れ、ご記名の上、お渡し下さい