年　　月　　日

薬　の依　頼　書　（お家の方が記入してください。）

保護者氏名		子ども氏名	
クラス	組	年　　齢	歳　　ヶ月
医療機関名 （電話番号）	（　　）	担当医師名	

☆ 該当するところを〇で囲んでください。

1　薬を処方された日　　月　　日

2　薬　名・・・・・・・・・　風邪薬　お腹の薬　皮膚の薬　目薬　耳の薬　（計　　個）
その他(　　)

3　薬の種類・・・・・・・・　飲み薬　　塗り薬　点眼薬

4　飲む時間・・・・・・・・　食前　食後　その他（　　）

5　服用方法・・・・・・・・　そのまま　　水で溶く　　その他（　　）

6　その他連絡事項（症状等）・・・・・・・・ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【お願い】

①　薬(本日服用分)と一緒にこの用紙を園の先生にお渡しください。

②　薬の説明書がある場合は園の先生にお見せください。

③　薬を入れた容器や袋には必ず子どもさんの名前を記入ください。

④　慢性の病気（心臓疾患、喘息、アレルギーなど）で薬が必要となる場合には、医師の指示に従い、事前に園長にご相談ください。

⑤　本日の連絡先をお聞かせください。

連　絡　先				
電 話 番 号				

※こども園記載欄

受領月日	月　　日	月　　日	月　　日	月　　日
受　領　者				
受領時間	時　　分	時　　分	時　　分	時　　分
保　管　者				
投　与　者				
投与時間	午　前　・　午　後 時　　分	午　前　・　午　後 時　　分	午　前　・　午　後 時　　分	午　前　・　午　後 時　　分
特記事項				