

# 学童投薬依頼書

令和 年 月 日

該当欄に○印及び記入をして下さい。 net

依頼者	保護者名	
	児童名	
病院名	TEL	
病名(症状)		
服用期間	月 日 ~ 月 日	
薬の剤型	錠剤・粉・シロップ 外用薬(点鼻・点眼・塗布) その他( )	
薬の内容	抗生物質・鼻水・咳止め 整腸剤・アトピー・アレルギー その他( )	
使用時間	食(前・中・後)・おやつ その他( )	
服用薬 外用薬の 使用注意		

※ 市販の薬は投薬できません。医療機関で処方された物に限ります。

※ 投薬依頼書の記入がなくお子さん自身での飲薬については責任を負いかねます。予めご了承ください。

# 学童投薬依頼書

令和 年 月 日

該当欄に○印及び記入をして下さい。 net

依頼者	保護者名	
	児童名	
病院名	TEL	
病名(症状)		
服用期間	月 日 ~ 月 日	
薬の剤型	錠剤・粉・シロップ 外用薬(点鼻・点眼・塗布) その他( )	
薬の内容	抗生物質・鼻水・咳止め 整腸剤・アトピー・アレルギー その他( )	
使用時間	食(前・中・後)・おやつ その他( )	
服用薬 外用薬の 使用注意		

※ 市販の薬は投薬できません。医療機関で処方された物に限ります。

※ 投薬依頼書の記入がなくお子さん自身での飲薬については責任を負いかねます。予めご了承ください。

# 学童投薬依頼書

令和 年 月 日

該当欄に○印及び記入をして下さい。 net

依頼者	保護者名	
	児童名	
病院名	TEL	
病名(症状)		
服用期間	月 日 ~ 月 日	
薬の剤型	錠剤・粉・シロップ 外用薬(点鼻・点眼・塗布) その他( )	
薬の内容	抗生物質・鼻水・咳止め 整腸剤・アトピー・アレルギー その他( )	
使用時間	食(前・中・後)・おやつ その他( )	
服用薬 外用薬の 使用注意		

※ 市販の薬は投薬できません。医療機関で処方された物に限ります。

※ 投薬依頼書の記入がなくお子さん自身での飲薬については責任を負いかねます。予めご了承ください。

# 学童投薬依頼書

令和 年 月 日

該当欄に○印及び記入をして下さい。 net

依頼者	保護者名	
	児童名	
病院名	TEL	
病名(症状)		
服用期間	月 日 ~ 月 日	
薬の剤型	錠剤・粉・シロップ 外用薬(点鼻・点眼・塗布) その他( )	
薬の内容	抗生物質・鼻水・咳止め 整腸剤・アトピー・アレルギー その他( )	
使用時間	食(前・中・後)・おやつ その他( )	
服用薬 外用薬の 使用注意		

※ 市販の薬は投薬できません。医療機関で処方された物に限ります。

※ 投薬依頼書の記入がなくお子さん自身での飲薬については責任を負いかねます。予めご了承ください。