

お薬依頼票

みやこのじょう児童学園
みやこのじょう児童学園ひまわり

・依頼日 年 月 日 ()

下記のとおり、医師の指示により保護者に代わり投薬をお願いします。

保護者名 _____ ㊟

クラス名	
児童名	
病院名	病名
受診日 月 日	
処方日 月 日	～ 日分処方
・粉 () ・水剤 ・点眼【両眼・右・左】 ・ぬり薬・貼り薬 つける部位・留意点	昼食 前 昼食 後
緊急連絡先	
受領者	投薬者 時 分

病院の処方箋1回分を預かります。(市販薬・解熱剤等不可)

お薬依頼票

みやこのじょう児童学園
みやこのじょう児童学園ひまわり

・依頼日 年 月 日 ()

下記のとおり、医師の指示により保護者に代わり投薬をお願いします。

保護者名 _____ ㊟

クラス名	
児童名	
病院名	病名
受診日 月 日	
処方日 月 日	～ 日分処方
・粉 () ・水剤 ・点眼【両眼・右・左】 ・ぬり薬・貼り薬 つける部位・留意点	昼食 前 昼食 後
緊急連絡先	
受領者	投薬者 時 分

病院の処方箋1回分を預かります。(市販薬・解熱剤等不可)

お薬依頼票

みやこのじょう児童学園
みやこのじょう児童学園ひまわり

・依頼日 年 月 日 ()

下記のとおり、医師の指示により保護者に代わり投薬をお願いします。

保護者名 _____ ㊟

クラス名	
児童名	
病院名	病名
受診日 月 日	
処方日 月 日	～ 日分処方
・粉 () ・水剤 ・点眼【両眼・右・左】 ・ぬり薬・貼り薬 つける部位・留意点	昼食 前 昼食 後
緊急連絡先	
受領者	投薬者 時 分

病院の処方箋1回分を預かります。(市販薬・解熱剤等不可)

お薬依頼票

みやこのじょう児童学園
みやこのじょう児童学園ひまわり

・依頼日 年 月 日 ()

下記のとおり、医師の指示により保護者に代わり投薬をお願いします。

保護者名 _____ ㊟

クラス名	
児童名	
病院名	病名
受診日 月 日	
処方日 月 日	～ 日分処方
・粉 () ・水剤 ・点眼【両眼・右・左】 ・ぬり薬・貼り薬 つける部位・留意点	昼食 前 昼食 後
緊急連絡先	
受領者	投薬者 時 分

病院の処方箋1回分を預かります。(市販薬・解熱剤等不可)

長期お薬依頼票

みやこのじょう児童学園
みやこのじょう児童学園ひまわり

・依頼日 年 月 日 ()

下記のとおり、医師の指示により保護者に代わり投薬をお願いします。

保護者名 _____ ㊟

クラス名	
児童名	
病院名	病名
受診日 月 日	
処方日 月 日	～ 日分処方
<ul style="list-style-type: none"> ・粉 () ・水剤 ・点眼【両眼・右・左】 ・ぬり薬・貼り薬 つける部位・留意点	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 昼食 前 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 昼食 後 </div>
緊急連絡先	

月 日	受領者	投薬者 時 分
月 日	受領者	投薬者 時 分
月 日	受領者	投薬者 時 分
月 日	受領者	投薬者 時 分
月 日	受領者	投薬者 時 分

長期お薬依頼票

みやこのじょう児童学園
みやこのじょう児童学園ひまわり

・依頼日 年 月 日 ()

下記のとおり、医師の指示により保護者に代わり投薬をお願いします。

保護者名 _____ ㊟

クラス名	
児童名	
病院名	病名
受診日 月 日	
処方日 月 日	～ 日分処方
<ul style="list-style-type: none"> ・粉 () ・水剤 ・点眼【両眼・右・左】 ・ぬり薬・貼り薬 つける部位・留意点	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 昼食 前 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 昼食 後 </div>
緊急連絡先	

月 日	受領者	投薬者 時 分
月 日	受領者	投薬者 時 分
月 日	受領者	投薬者 時 分
月 日	受領者	投薬者 時 分
月 日	受領者	投薬者 時 分