

投薬願い(薬を飲ませる)

令和 年 月 日

園長 様

保護者にかわり投薬をお願いします。

保護者名 _____ 印

園児名 _____

投薬日	令和 年 月 日						
病院名							
病名							
薬の種類	水薬 ・ 粉薬 ・ カプセル ・ 他()						
投薬時間	朝 ・ 食前 ・ 食直後 ・ 食間 ・ 食後 昼 ・ 時間毎 ・ 晩 ・ 時間に関係なく						
飲ませる量	1回分						
投薬日	/	/	/	/	/	/	/
投薬時間	:	:	:	:	:	:	:
投薬者							