薬の添付箇所

投薬依頼票（臨時用）

＊宿泊時もこの用紙を使います。

保護者名	
児童・生徒名	
処方病院名 薬の処方日	病院・医院 年　月　日　（　）

＊当てはまるところに○をつけてください。

薬の種類	・粉薬　（　袋） ・錠剤　（　錠） ・水薬　（　目盛） ・点眼薬 ・点鼻薬 ・塗り薬 ・その他 （　）	病名	・かぜ （発熱　咳　のど痛　腹痛 その他　） ・下痢　・喘息 ・中耳炎　・アトピー ・結膜炎　・鼻炎 ・とびひ　・てんかん ・その他（　）
保管方法	・室温　・冷蔵庫　・その他（　）		
投薬日時	月　日（　） ・昼食前　・昼食後 ・朝食前　・朝食後 ・夕食前　・夕食後　・寝る前 ・その他 （　）	飲ませ方	

＊市販薬は原則として投薬できません

キ リ ト リ

保護者の方へ

児童生徒名＿＿＿＿＿＿＿＿

日時　月　日（　）　時　分頃

服用・点眼（鼻、耳）・塗布しました。

担当者名＿＿＿＿＿＿＿＿

薬の添付箇所

投薬依頼票（臨時用）

＊宿泊時もこの用紙を使います。

保護者名	
児童・生徒名	
処方病院名 薬の処方日	病院・医院 年　月　日　（　）

＊当てはまるところに○をつけてください。

薬の種類	・粉薬　（　袋） ・錠剤　（　錠） ・水薬　（　目盛） ・点眼薬 ・点鼻薬 ・塗り薬 ・その他 （　）	病名	・かぜ （発熱　咳　のど痛　腹痛 その他　） ・下痢　・喘息 ・中耳炎　・アトピー ・結膜炎　・鼻炎 ・とびひ　・てんかん ・その他（　）
保管方法	・室温　・冷蔵庫　・その他（　）		
投薬日時	月　日（　） ・昼食前　・昼食後 ・朝食前　・朝食後 ・夕食前　・夕食後　・寝る前 ・その他 （　）	飲ませ方	

＊市販薬は原則として投薬できません

キ リ ト リ

保護者の方へ

児童生徒名＿＿＿＿＿＿＿＿

日時　月　日（　）　時　分頃

服用・点眼（鼻、耳）・塗布しました。

担当者名＿＿＿＿＿＿＿＿