

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	食前 ・ 食直後 ・ 朝 ・ ____時間毎 食間 ・ 食後 ・ 昼 ・ 晩 ・ 時間に関係なく
飲ませる量	1回分

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	食前 ・ 食直後 ・ 朝 ・ ____時間毎 食間 ・ 食後 ・ 昼 ・ 晩 ・ 時間に関係なく
飲ませる量	1回分