

投薬票(保護者記載用) 内服薬用

依頼先：保育園名 えがおの森保育園 令和 年 月 日記							
依頼者：保護者署名				連絡先 電話			
子ども氏名		男・女		歳		ヶ月	
主治医：				電話			
(病院・医院)				FAX			
病名(又は症状)							
①持参した薬は 年 月 日に処方された 日分							
②保管は 室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他()							
③薬の剤型(該当するものに○)							
粉 ・ 液(シロップ) ・ その他()							
④調剤内容(薬品名)							
薬の内容(該当するものに○)							
抗生物質・かぜ薬・抗アレルギー薬・その他()							
⑤服用法 午前・午後 時 分							
又は 食事 ・ おやつ の 分前・ 分後							
⑥注意事項							
園記載	日付	/	/	/	/	/	/
	受領者サイン						
	実施者サイン						
	保護者サイン						
	実施状況など						

2022年2月改訂版

投薬票(保護者記載用) 外用薬用

依頼先：保育園名 えがおの保育園 令和 年 月 日記							
依頼者：保護者署名				連絡先 電話			
子ども氏名		男・女		歳		ヶ月	
主治医：				電話			
(病院・医院)				FAX			
病名(又は症状)							
①持参した薬は 年 月 日に処方された							
軟膏 ・ クリーム ・ その他()							
②保管は 室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他()							
③薬の内容 保湿剤・ステロイド・抗けいれん薬・その他()							
調剤内容(薬品名)							
④使用する日時 年 月 日 ~ 年 月 日							
⑤使用法							
⑥注意事項							
園記載	日付	/	/	/	/	/	/
	受領者サイン						
	実施者サイン						
	保護者サイン						
	実施状況など						

2022年2月改訂版

投薬票(保護者記載用) 外用薬用

園記載	日付	/	/	/	/	/	/
	受領者サイン						
	実施者サイン						
	保護者サイン						
	実施状況など						
	日付	/	/	/	/	/	/
	受領者サイン						
	実施者サイン						
	保護者サイン						
	実施状況など						
	日付	/	/	/	/	/	/
	受領者サイン						
	実施者サイン						
保護者サイン							
実施状況など							

投薬票(保護者記載用) 内服薬用

園記載	日付	/	/	/	/	/	/
	受領者サイン						
	実施者サイン						
	保護者サイン						
	実施状況など						
	日付	/	/	/	/	/	/
	受領者サイン						
	実施者サイン						
	保護者サイン						
	実施状況など						
	日付	/	/	/	/	/	/
	受領者サイン						
	実施者サイン						
保護者サイン							
実施状況など							

投薬票(保護者記載用) 外用薬用

依頼先：保育園名 えがお森保育園 令和 年 月 日記							
依頼者：保護者署名				連絡先 電話			
子ども氏名		男・女		歳		ヶ月	
主治医：				電話			
(病院・医院)		FAX			
病名(又は症状)							
①持参した薬は 年 月 日に処方された 軟膏 ・ クリーム ・ その他()							
②保管は 室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他()							
③薬の内容 保湿剤・ステロイド・抗けいれん薬・その他()							
調剤内容(薬品名)							
④使用する日時 年 月 日 ~ 年 月 日							
⑤使用法							
⑥注意事項							
園記載	日付	/	/	/	/	/	/
	受領者サイン						
	実施者サイン						
	保護者サイン						
	実施状況など						

2022年2月改訂版

投薬票(保護者記載用) 外用薬用

依頼先：保育園名 えがおの森保育園 令和 年 月 日記							
依頼者：保護者署名				連絡先 電話			
子ども氏名		男・女		歳		ヶ月	
主治医：				電話			
(病院・医院)		FAX			
病名(又は症状)							
①持参した薬は 年 月 日に処方された 軟膏 ・ クリーム ・ その他()							
②保管は 室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他()							
③薬の内容 保湿剤・ステロイド・抗けいれん薬・その他()							
調剤内容(薬品名)							
④使用する日時 年 月 日 ~ 年 月 日							
⑤使用法							
⑥注意事項							
園記載	日付	/	/	/	/	/	/
	受領者サイン						
	実施者サイン						
	保護者サイン						
	実施状況など						

2022年2月改訂版

投薬票(保護者記載用) 外用薬用

園 記 載	日付	/	/	/	/	/	/
	受領者サイン						
	実施者サイン						
	保護者サイン						
	実施状況など						
	日付	/	/	/	/	/	/
	受領者サイン						
	実施者サイン						
	保護者サイン						
	実施状況など						
	日付	/	/	/	/	/	/
	受領者サイン						
	実施者サイン						
保護者サイン							
実施状況など							

投薬票(保護者記載用) 外用薬用

園 記 載	日付	/	/	/	/	/	/
	受領者サイン						
	実施者サイン						
	保護者サイン						
	実施状況など						
	日付	/	/	/	/	/	/
	受領者サイン						
	実施者サイン						
	保護者サイン						
	実施状況など						
	日付	/	/	/	/	/	/
	受領者サイン						
	実施者サイン						
保護者サイン							
実施状況など							

投薬票(保護者記載用) 外用薬用

園記載	日付	/	/	/	/	/	/
	受領者サイン						
	実施者サイン						
	保護者サイン						
	実施状況など						
	日付	/	/	/	/	/	/
	受領者サイン						
	実施者サイン						
	保護者サイン						
	実施状況など						
	日付	/	/	/	/	/	/
	受領者サイン						
	実施者サイン						
保護者サイン							
実施状況など							

投薬票(保護者記載用) 外用薬用

園記載	日付	/	/	/	/	/	/
	受領者サイン						
	実施者サイン						
	保護者サイン						
	実施状況など						
	日付	/	/	/	/	/	/
	受領者サイン						
	実施者サイン						
	保護者サイン						
	実施状況など						
	日付	/	/	/	/	/	/
	受領者サイン						
	実施者サイン						
保護者サイン							
実施状況など							

投票票 名前：

園 記 載	日付	/	/	/	/	/	/
	受領者サイン						
	実施者サイン						
	保護者サイン						
	実施状況など						
	日付	/	/	/	/	/	/
	受領者サイン						
	実施者サイン						
	保護者サイン						
	実施状況など						
	日付	/	/	/	/	/	/
	受領者サイン						
	実施者サイン						
保護者サイン							
実施状況など							

投票票 名前：

園 記 載	日付	/	/	/	/	/	/
	受領者サイン						
	実施者サイン						
	保護者サイン						
	実施状況など						
	日付	/	/	/	/	/	/
	受領者サイン						
	実施者サイン						
	保護者サイン						
	実施状況など						
	日付	/	/	/	/	/	/
	受領者サイン						
	実施者サイン						
保護者サイン							
実施状況など							

投薬票(保護者記載用) 内服薬用

依頼先：保育園名 えがおの森保育園宛 令和 年 月 日記							
依頼者：保護者署名				連絡先 電話			
子ども氏名		男・女		歳		ヶ月	
主治医：				電話			
(病院・医院)				FAX			
病名(又は症状)							
①持参した薬は 年 月 日に処方された 日分							
②保管は 室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他()							
③薬の剤型(該当するものに○)							
粉 ・ 液(シロップ) ・ その他()							
④調剤内容(薬品名)							
薬の内容(該当するものに○)							
抗生物質・かぜ薬・抗アレルギー薬・その他()							
⑤服用法 午前・午後 時 分							
又は 食事 ・ おやつ の 分前・ 分後							
⑥注意事項							
園記載	日付	/	/	/	/	/	/
	受領者サイン						
	実施者サイン						
	保護者サイン						
	実施状況など						

2022年2月改訂版

投薬票(保護者記載用) 内服薬用

依頼先：保育園名 えがおの森保育園宛 令和 年 月 日記							
依頼者：保護者署名				連絡先 電話			
子ども氏名		男・女		歳		ヶ月	
主治医：				電話			
(病院・医院)				FAX			
病名(又は症状)							
①持参した薬は 年 月 日に処方された 日分							
②保管は 室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他()							
③薬の剤型(該当するものに○)							
粉 ・ 液(シロップ) ・ その他()							
④調剤内容(薬品名)							
薬の内容(該当するものに○)							
抗生物質・かぜ薬・抗アレルギー薬・その他()							
⑤服用法 午前・午後 時 分							
又は 食事 ・ おやつ の 分前・ 分後							
⑥注意事項							
園記載	日付	/	/	/	/	/	/
	受領者サイン						
	実施者サイン						
	保護者サイン						
	実施状況など						

2022年2月改訂版

投薬票(保護者記載用) 内服薬用

園記載	日付	/	/	/	/	/	/
	受領者サイン						
	実施者サイン						
	保護者サイン						
	実施状況など						
	日付	/	/	/	/	/	/
	受領者サイン						
	実施者サイン						
	保護者サイン						
	実施状況など						
	日付	/	/	/	/	/	/
	受領者サイン						
	実施者サイン						
保護者サイン							
実施状況など							

投薬票(保護者記載用) 内服薬用

園記載	日付	/	/	/	/	/	/
	受領者サイン						
	実施者サイン						
	保護者サイン						
	実施状況など						
	日付	/	/	/	/	/	/
	受領者サイン						
	実施者サイン						
	保護者サイン						
	実施状況など						
	日付	/	/	/	/	/	/
	受領者サイン						
	実施者サイン						
保護者サイン							
実施状況など							

投薬票(保護者記載用) 内服薬用

園記載	日付	/	/	/	/	/	/
	受領者サイン						
	実施者サイン						
	保護者サイン						
	実施状況など						
	日付	/	/	/	/	/	/
	受領者サイン						
	実施者サイン						
	保護者サイン						
	実施状況など						
	日付	/	/	/	/	/	/
	受領者サイン						
	実施者サイン						
保護者サイン							
実施状況など							

投薬票(保護者記載用) 内服薬用

園記載	日付	/	/	/	/	/	/
	受領者サイン						
	実施者サイン						
	保護者サイン						
	実施状況など						
	日付	/	/	/	/	/	/
	受領者サイン						
	実施者サイン						
	保護者サイン						
	実施状況など						
	日付	/	/	/	/	/	/
	受領者サイン						
	実施者サイン						
保護者サイン							
実施状況など							

投薬票(保護者記載用) 内服薬用

園記載	日付	/	/	/	/	/	/
	受領者サイン						
	実施者サイン						
	保護者サイン						
	実施状況など						
	日付	/	/	/	/	/	/
	受領者サイン						
	実施者サイン						
	保護者サイン						
	実施状況など						
	日付	/	/	/	/	/	/
	受領者サイン						
	実施者サイン						
保護者サイン							
実施状況など							

投薬票(保護者記載用) 内服薬用

園記載	日付	/	/	/	/	/	/
	受領者サイン						
	実施者サイン						
	保護者サイン						
	実施状況など						
	日付	/	/	/	/	/	/
	受領者サイン						
	実施者サイン						
	保護者サイン						
	実施状況など						
	日付	/	/	/	/	/	/
	受領者サイン						
	実施者サイン						
保護者サイン							
実施状況など							