

特定非営利活動法人NAKED HEART SPORTS

にいざ馬場保育園

◆ 服薬等支援依頼カード ◆

○下記の項目に記入し、本日の薬 1回分を
看護師、または保育士にお渡し下さい。

____月 ____日 ____組 園児名 _____

病名 _____ 処方した病院名 _____

薬の種類 飲み薬: 粉()包・錠剤()錠・水薬()
ぬり薬 ・目薬 ・点鼻薬 ・その他

薬の名前 _____ 与薬時間 _____ 食前 食後 その他

ぬる部位 _____

お預かりする薬について

☆1回分にしてきてください。

☆粉薬であれば水で飲めるもの。

☆薬には全部、名前を書いてください。

受付者	
担任	
投与者	