

お薬依頼票

主治医と相談のうえ、保護者の責任において下記の通り依頼します。

平成 年 月 日

クラス		園児名	
病院名			
病名 (症状)			
薬の種類	粉薬 ・ 水薬 ・ 錠剤 ・ 軟膏 点眼薬 ・ その他 ()		
与薬時間	食前 ・ 食後 ・ その他 ()		
連絡事項			

受取者		与薬者	
-----	--	-----	--

お薬依頼票

主治医と相談のうえ、保護者の責任において下記の通り依頼します。

平成 年 月 日

クラス		園児名	
病院名			
病名 (症状)			
薬の種類	粉薬 ・ 水薬 ・ 錠剤 ・ 軟膏 点眼薬 ・ その他 ()		
与薬時間	食前 ・ 食後 ・ その他 ()		
連絡事項			

受取者		与薬者	
-----	--	-----	--

お薬依頼票

主治医と相談のうえ、保護者の責任において下記の通り依頼します。

平成 年 月 日

クラス		園児名	
病院名			
病名 (症状)			
薬の種類	粉薬 ・ 水薬 ・ 錠剤 ・ 軟膏 点眼薬 ・ その他 ()		
与薬時間	食前 ・ 食後 ・ その他 ()		
連絡事項			

受取者		与薬者	
-----	--	-----	--

お薬依頼票

主治医と相談のうえ、保護者の責任において下記の通り依頼します。

平成 年 月 日

クラス		園児名	
病院名			
病名 (症状)			
薬の種類	粉薬 ・ 水薬 ・ 錠剤 ・ 軟膏 点眼薬 ・ その他 ()		
与薬時間	食前 ・ 食後 ・ その他 ()		
連絡事項			

受取者		与薬者	
-----	--	-----	--