

与薬依頼書(保護者記入用)

保育園 園長様 平成 年 月 日

医師の診察を受けた所、下記の通り指示がありましたので、お願い致します。

記 保護者名

必要なものは○で囲んでください。

クラス：0・1・2・3・4・5		園児名			
受診日	月	日	病院名	主治医	連絡先(電話)
病名(診断名・症状など)					
持参した薬の内容 かぜ薬・咳止め・下痢止め・その他()					
薬の種類 粉薬・シロップ・塗薬・貼り薬・点眼薬・その他()					
薬の保管 室温・冷蔵庫・その他()					
与薬する時間 食前・食後・その他 時頃					
※塗薬・貼り薬は裏面の身体図に赤で記入して下さい。					
その他・注意事項 ()					
〈保育園記載〉 薬の説明書(薬剤情報提供書) 持参あり・なし	受領サイン		保管サイン		与薬サイン
		:		:	:

与薬依頼書(保護者記入用)

保育園 園長様 平成 年 月 日

医師の診察を受けた所、下記の通り指示がありましたので、お願い致します。

記 保護者名

必要なものは○で囲んでください。

クラス：0・1・2・3・4・5		園児名			
受診日	月	日	病院名	主治医	連絡先(電話)
病名(診断名・症状など)					
持参した薬の内容 かぜ薬・咳止め・下痢止め・その他()					
薬の種類 粉薬・シロップ・塗薬・貼り薬・点眼薬・その他()					
薬の保管 室温・冷蔵庫・その他()					
与薬する時間 食前・食後・その他 時頃					
※塗薬・貼り薬は裏面の身体図に赤で記入して下さい。					
その他・注意事項 ()					
〈保育園記載〉 薬の説明書(薬剤情報提供書) 持参あり・なし	受領サイン		保管サイン		与薬サイン
		:		:	:

与薬依頼書(保護者記入用)

保育園 園長様 平成 年 月 日

医師の診察を受けた所、下記の通り指示がありましたので、お願い致します。

記 保護者名

必要なものは○で囲んでください。

クラス：0・1・2・3・4・5		園児名			
受診日	月	日	病院名	主治医	連絡先(電話)
病名(診断名・症状など)					
持参した薬の内容 かぜ薬・咳止め・下痢止め・その他()					
薬の種類 粉薬・シロップ・塗薬・貼り薬・点眼薬・その他()					
薬の保管 室温・冷蔵庫・その他()					
与薬する時間 食前・食後・その他 時頃					
※塗薬・貼り薬は裏面の身体図に赤で記入して下さい。					
その他・注意事項 ()					
〈保育園記載〉 薬の説明書(薬剤情報提供書) 持参あり・なし	受領サイン		保管サイン		与薬サイン
		:		:	:

与薬依頼書(保護者記入用)

保育園 園長様 平成 年 月 日

医師の診察を受けた所、下記の通り指示がありましたので、お願い致します。

記 保護者名

必要なものは○で囲んでください。

クラス：0・1・2・3・4・5		園児名			
受診日	月	日	病院名	主治医	連絡先(電話)
病名(診断名・症状など)					
持参した薬の内容 かぜ薬・咳止め・下痢止め・その他()					
薬の種類 粉薬・シロップ・塗薬・貼り薬・点眼薬・その他()					
薬の保管 室温・冷蔵庫・その他()					
与薬する時間 食前・食後・その他 時頃					
※塗薬・貼り薬は裏面の身体図に赤で記入して下さい。					
その他・注意事項 ()					
〈保育園記載〉 薬の説明書(薬剤情報提供書) 持参あり・なし	受領サイン		保管サイン		与薬サイン
		:		:	:

