

与薬依頼票

(まつぼっくり保育園)

(保護者記載欄)

クラス名

組

児童名

保護者名

保護者に代わり、与薬をお願いします。

薬を飲ませる日	年 月 日
病名(または症状)	
処方された病院・医院名	
	TEL. ()
薬を処方された日	年 月 日
薬の種類 (個数を記入)	水薬()・粉薬()・軟膏()・目薬() その他()
内 容	抗生物質 ・ 咳止め ・ 下痢止め ・ かぜ薬 その他()
薬を飲む(使用する)時間帯	食 前 ・ 食 後 ・ その他()

※内服する薬は1回分にして持参して下さい。

※薬にも氏名を記入し、与薬依頼票とともに保育士に手渡して下さい。

※外用薬は使用期間を記入して下さい。

月 日～ 月 日

(保育園記載欄)

受領者	月 日 (印)	与薬者	月 日 (印)
-----	---------	-----	---------