

与薬依頼票

医師の診断を受けたところ、下記のとおり指示がありましたので
与薬をお願い致します。

保護者名_____

与薬日	年 月 日 ()		
クラス名 () ぐみ	子どもの氏名 (フルネーム)		
病院名	TEL		
処方された日	年 月 日 ()		
病 名			
薬剤名			
薬の種類 (個数)	粉薬 () 水薬 () 錠剤 () その他【 () 】 ()		
与薬の時間	食前 食後 その他 ()		
園記載	受取者	確認者	
	与薬者	与薬時間	:

※預かった薬について不明点がある場合、保護者の方に連絡をし、確認をさせていただくことがあります。確認が取れない場合は与薬が行えません。ご了承ください。

まことよどがわ保育園

与薬依頼票

医師の診断を受けたところ、下記のとおり指示がありましたので
与薬をお願い致します。

保護者名_____

与薬日	年 月 日 ()		
クラス名 () ぐみ	子どもの氏名 (フルネーム)		
病院名	TEL		
処方された日	年 月 日 ()		
病 名			
薬剤名			
薬の種類	粉薬 () 水薬 () 錠剤 () その他【 () 】 ()		
与薬の時間	食前 食後 その他 ()		
園記載	受取者	確認者	
	与薬者	与薬時間	:

※預かった薬について不明点がある場合、保護者の方に連絡をし、確認をさせていただくことがあります。確認が取れない場合は与薬が行えません。ご了承ください。

まことよどがわ保育園