

薬の依頼書
(1回分)

平成 年 月 日

認定こども園

五日市乳児保育園長様

次のとおり、与薬をお願いします。なお、依頼する薬の用途・容量等については、医師の指示どおりであることを確認しています。

_____ 組 園児名
_____ 保護者名

※必要なものは○で囲んでください。

病院名	医院(病院)
病名	
処方年月日	平成 年 月 日
薬の用途	かぜ・咳・下痢・中耳炎・その他()
薬の剤型	粉・液(シロップ)・外用薬・その他()
与薬時間	食前・食間(時)・食後・その他()
薬の数	1回分計()種類
外用薬の使用法	
特記事項	

保育園欄	受取者氏名() 与薬者氏名()
------	-------------------

薬の依頼書
(1回分)

平成 年 月 日

認定こども園

五日市乳児保育園長様

次のとおり、与薬をお願いします。なお、依頼する薬の用途・容量等については、医師の指示どおりであることを確認しています。

_____ 組 園児名
_____ 保護者名

※必要なものは○で囲んでください。

病院名	医院(病院)
病名	
処方年月日	平成 年 月 日
薬の用途	かぜ・咳・下痢・中耳炎・その他()
薬の剤型	粉・液(シロップ)・外用薬・その他()
与薬時間	食前・食間(時)・食後・その他()
薬の数	1回分計()種類
外用薬の使用法	
特記事項	

保育園欄	受取者氏名() 与薬者氏名()
------	-------------------

薬の依頼書
(1回分)

平成 年 月 日

認定こども園

五日市乳児保育園長様

次のとおり、与薬をお願いします。なお、依頼する薬の用途・容量等については、医師の指示どおりであることを確認しています。

_____ 組 園児名
_____ 保護者名

※必要なものは○で囲んでください。

病院名	医院(病院)
病名	
処方年月日	平成 年 月 日
薬の用途	かぜ・咳・下痢・中耳炎・その他()
薬の剤型	粉・液(シロップ)・外用薬・その他()
与薬時間	食前・食間(時)・食後・その他()
薬の数	1回分計()種類
外用薬の使用法	
特記事項	

保育園欄	受取者氏名() 与薬者氏名()
------	-------------------

薬の依頼書
(1回分)

平成 年 月 日

認定こども園

五日市乳児保育園長様

次のとおり、与薬をお願いします。なお、依頼する薬の用途・容量等については、医師の指示どおりであることを確認しています。

_____ 組 園児名
_____ 保護者名

※必要なものは○で囲んでください。

病院名	医院(病院)
病名	
処方年月日	平成 年 月 日
薬の用途	かぜ・咳・下痢・中耳炎・その他()
薬の剤型	粉・液(シロップ)・外用薬・その他()
与薬時間	食前・食間(時)・食後・その他()
薬の数	1回分計()種類
外用薬の使用法	
特記事項	

保育園欄	受取者氏名() 与薬者氏名()
------	-------------------