

薬局等で発行されたお薬の内容がわかるもの（お薬の説明書）を初回のみお持ちください。

平成 年 月 日		
<b>与薬依頼書</b> (一回分のみ)		
くるみの森愛児園		
クラス名	園児名	保護者名
病院名(主治医)		電話
病名(症状)		
薬の種類 / 粉薬 ( 包 ) ・ 液 (1回分)		処方日 ( 年 月 日 )
薬の内容 / 抗生物質 ・ 咳止め ・ 整腸剤 ・ ( )		
外用薬 / 1日 ( 回 ) 部位 ( )		処方日 ( 年 月 日 )
点眼薬 / 1日 ( 回 ) 右眼 ・ 左眼		処方日 ( 年 月 日 )
与薬時間 / 食前 ・ 食後 ・ 食間 ・ その他 ( )		
受領者	投与者	与薬時間
*当依頼書は保護者がこども園に対し、保護者に代わって与薬希望するものです。		
*市販の内服薬は与薬できません。		

キリトリ

薬局等で発行されたお薬の内容がわかるもの（お薬の説明書）を初回のみお持ちください。

平成 年 月 日		
<b>与薬依頼書</b> (一回分のみ)		
くるみの森愛児園		
クラス名	園児名	保護者名
病院名(主治医)		電話
病名(症状)		
薬の種類 / 粉薬 ( 包 ) ・ 液 (1回分)		処方日 ( 年 月 日 )
薬の内容 / 抗生物質 ・ 咳止め ・ 整腸剤 ・ ( )		
外用薬 / 1日 ( 回 ) 部位 ( )		処方日 ( 年 月 日 )
点眼薬 / 1日 ( 回 ) 右眼 ・ 左眼		処方日 ( 年 月 日 )
与薬時間 / 食前 ・ 食後 ・ 食間 ・ その他 ( )		
受領者	投与者	与薬時間
*当依頼書は保護者がこども園に対し、保護者に代わって与薬希望するものです。		
*市販の内服薬は与薬できません。		

キリトリ

薬局等で発行されたお薬の内容がわかるもの（お薬の説明書）を初回のみお持ちください。

平成 年 月 日		
<b>与薬依頼書</b> (一回分のみ)		
くるみの森愛児園		
クラス名	園児名	保護者名
病院名(主治医)		電話
病名(症状)		
薬の種類 / 粉薬 ( 包 ) ・ 液 (1回分)		処方日 ( 年 月 日 )
薬の内容 / 抗生物質 ・ 咳止め ・ 整腸剤 ・ ( )		
外用薬 / 1日 ( 回 ) 部位 ( )		処方日 ( 年 月 日 )
点眼薬 / 1日 ( 回 ) 右眼 ・ 左眼		処方日 ( 年 月 日 )
与薬時間 / 食前 ・ 食後 ・ 食間 ・ その他 ( )		
受領者	投与者	与薬時間
*当依頼書は保護者がこども園に対し、保護者に代わって与薬希望するものです。		
*市販の内服薬は与薬できません。		