

____年 ____月分 与薬依頼票

クラス名 _____ 組 児童名 _____

保護者に代わり、与薬をお願いします。

処方された病院・医院名	
薬の処方日	月 日
病名(または症状)	
薬の種類	水薬()・粉薬()・塗薬()・目薬() その他()
薬の内容	
使用する時	食前 食後 その他()

保護者名 _____ 連絡先Tel _____

日	曜日	受領者	与薬者

※薬にも名前を記入し、依頼票をつけて保育士にお渡し下さい。

※内服薬は1回分としてお持ち下さい。