

《 与 薬 依 賴 票 》

マーヤこども園

クラス名_____組 児童名_____

保護者に代わり、与薬をお願いします。

薬を飲ませる日	令和 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	令和 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	抗生素・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[]

保護者サイン_____

※内服する薬は1回分にして持参してください。

※薬にも記名し、与薬依頼票とともに保育士に手渡してください。

※外用薬は試用期間を記入してください。

月 日～ 月 日

(園記入欄)

受領者		与薬者	
-----	--	-----	--

《 与 薬 依 賴 票 》

マーヤこども園

クラス名_____組 児童名_____

薬を飲ませる日	令和 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	令和 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	抗生素・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[]

保護者サイン_____

※内服する薬は1回分にして持参してください。

※薬にも記名し、与薬依頼票とともに保育士に手渡してください。

※外用薬は試用期間を記入してください。

月 日～ 月 日

受領者		与薬者	
-----	--	-----	--