

与薬依頼票

受領者

--

下記太枠の事項を記入し、
保育士に内容の説明をしてください。

※該当する項目を○で囲んでください。

児童氏名	
保護者氏名	
与薬日	年 月 日～ 年 月 日
病名・症状	おむつかぶれ・アレルギー・虫刺され あせも・乾燥・その他()
薬の名称	
与薬時間	午睡前・午睡後・その他
塗布部位	
備考	

- 1 薬は今回の病院で処方されたもののみお預かりいたします。
- 2 今回処方された薬に必ず名前を記入してください。
- 3 毎日の残量や期限のチェックをしてください。

与薬依頼票

受領者

--

下記太枠の事項を記入し、
保育士に内容の説明をしてください。

※該当する項目を○で囲んでください。

児童氏名	
保護者氏名	
与薬日	年 月 日～ 年 月 日
病名・症状	おむつかぶれ・アレルギー・虫刺され あせも・乾燥・その他()
薬の名称	
与薬時間	午睡前・午睡後・その他
塗布部位	
備考	

- 1 薬は今回の病院で処方されたもののみお預かりいたします。
- 2 今回処方された薬に必ず名前を記入してください。
- 3 毎日の残量や期限のチェックをしてください。

与薬依頼票

受領者

--

下記太枠の事項を記入し、
保育士に内容の説明をしてください。

※該当する項目を○で囲んでください。

児童氏名	
保護者氏名	
与薬日	年 月 日～ 年 月 日
病名・症状	おむつかぶれ・アレルギー・虫刺され あせも・乾燥・その他()
薬の名称	
与薬時間	午睡前・午睡後・その他
塗布部位	
備考	

- 1 薬は今回の病院で処方されたもののみお預かりいたします。
- 2 今回処方された薬に必ず名前を記入してください。
- 3 毎日の残量や期限のチェックをしてください。