

与薬依頼書

こども園みらい

太枠内をご記入ください

依頼日	年 月 日 ()					
園児名	組 名前					
病院名						
病名						
薬の名前						
薬の種類	粉薬 包 みずくすり ml 錠剤 錠 目薬(右・左・両目 回) 塗り薬(部位)					
時間	食前 食後 食間 その他					
与薬月日	/	/	/	/	/	/
受け取り者						
薬の説明書						
与薬者						
与薬時間						

※薬の説明書と共に、1回分を職員に必ず手渡ししてください。

与薬終了後は与薬依頼書を園で保管するためご返却をお願いします。

保護者様控え

	組 名前					
与薬月日	/	/	/	/	/	/
与薬者						
与薬時間						

与薬依頼書

こども園みらい

太枠内をご記入ください

依頼日	年 月 日 ()					
園児名	組 名前					
病院名						
病名						
薬の名前						
薬の種類	粉薬 包 みずくすり ml 錠剤 錠 目薬(右・左・両目 回) 塗り薬(部位)					
時間	食前 食後 食間 その他					
与薬月日	/	/	/	/	/	/
受け取り者						
薬の説明書						
与薬者						
与薬時間						

※薬の説明書と共に、1回分を職員に必ず手渡ししてください。

与薬終了後は与薬依頼書を園で保管するためご返却をお願いします。

保護者様控え

	組 名前					
与薬月日	/	/	/	/	/	/
与薬者						
与薬時間						