

与薬依頼書

明德釜利谷保育園園長あて

年 月 日 保護者名						
組 園児名						
病名						
日付	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
持って来た方サイン						
受取者サイン						
与薬者サイン						
月 日 (病院) の医師より処方された薬です						
薬の名称						
使用目的	内服薬	<input type="checkbox"/> 粉薬	<input type="checkbox"/> 風邪薬 <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 咳止め <input type="checkbox"/> 下痢止め			
		<input type="checkbox"/> シロップ	<input type="checkbox"/> その他 ()			
	外用薬 (軟膏)	<input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 保湿剤 <input type="checkbox"/> かゆみ止め				
		<input type="checkbox"/> その他 ()				
与薬時間	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> その他 ()					
使用方法						
その他の注意事項						

医師の診断を受けて処方されたお薬のみお預かりします
 内服薬は容器に一回分だけを入れてお持ち下さい
 外用薬は軟膏のみとなります
 薬包・容器には氏名を明記してください

与薬依頼書

明德釜利谷保育園園長あて

年 月 日 保護者名						
組 園児名						
病名						
日付	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
持って来た方サイン						
受取者サイン						
与薬者サイン						
月 日 (病院) の医師より処方された薬です						
薬の名称						
使用目的	内服薬	<input type="checkbox"/> 粉薬	<input type="checkbox"/> 風邪薬 <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 咳止め <input type="checkbox"/> 下痢止め			
		<input type="checkbox"/> シロップ	<input type="checkbox"/> その他 ()			
	外用薬 (軟膏)	<input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 保湿剤 <input type="checkbox"/> かゆみ止め				
		<input type="checkbox"/> その他 ()				
与薬時間	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> その他 ()					
使用方法						
その他の注意事項						

医師の診断を受けて処方されたお薬のみお預かりします
 内服薬は容器に一回分だけを入れてお持ち下さい
 外用薬は軟膏のみとなります
 薬包・容器には氏名を明記してください