

薬の依頼票

令和 年 月 日

園 園長様

医師の診察を受けたところ、下記のとおり指示がありましたので
 お願いします。

組 園児名

保護者氏名

* 必要なものを○で囲んでください。

| | |
|----------|---------------------------------|
| 病院名 | 医院(病院) |
| 診断名 | |
| 処方年月日 | 令和 年 月 日 () |
| 薬の用途 | 抗生剤・咳・鼻水・外傷・下痢 その他() |
| 薬の種類 | 粉・錠剤・水薬・外用薬・点眼薬 その他() |
| 薬の数量 | 包・錠・(その他) |
| 与薬時刻 | 食前・食後 その他() |
| 外用薬の使用方法 | |
| 特記事項 | |
| サイン | 受領者 与薬者 保護者確認サイン [] [] [] |

薬の依頼票

令和 年 月 日

園 園長様

医師の診察を受けたところ、下記のとおり指示がありましたので
 お願いします。

組 園児名

保護者氏名

* 必要なものを○で囲んでください。

| | |
|----------|---------------------------------|
| 病院名 | 医院(病院) |
| 診断名 | |
| 処方年月日 | 令和 年 月 日 () |
| 薬の用途 | 抗生剤・咳・鼻水・外傷・下痢 その他() |
| 薬の種類 | 粉・錠剤・水薬・外用薬・点眼薬 その他() |
| 薬の数量 | 包・錠・(その他) |
| 与薬時刻 | 食前・食後 その他() |
| 外用薬の使用方法 | |
| 特記事項 | |
| サイン | 受領者 与薬者 保護者確認サイン [] [] [] |

薬の依頼票

令和 年 月 日

園 園長様

医師の診察を受けたところ、下記のとおり指示がありましたので
 お願いします。

組 園児名

保護者氏名

* 必要なものを○で囲んでください。

| | |
|----------|---------------------------------|
| 病院名 | 医院(病院) |
| 診断名 | |
| 処方年月日 | 令和 年 月 日 () |
| 薬の用途 | 抗生剤・咳・鼻水・外傷・下痢 その他() |
| 薬の種類 | 粉・錠剤・水薬・外用薬・点眼薬 その他() |
| 薬の数量 | 包・錠・(その他) |
| 与薬時刻 | 食前・食後 その他() |
| 外用薬の使用方法 | |
| 特記事項 | |
| サイン | 受領者 与薬者 保護者確認サイン [] [] [] |

薬の依頼票

令和 年 月 日

園 園長様

医師の診察を受けたところ、下記のとおり指示がありましたので
 お願いします。

組 園児名

保護者氏名

* 必要なものを○で囲んでください。

| | |
|----------|---------------------------------|
| 病院名 | 医院(病院) |
| 診断名 | |
| 処方年月日 | 令和 年 月 日 () |
| 薬の用途 | 抗生剤・咳・鼻水・外傷・下痢 その他() |
| 薬の種類 | 粉・錠剤・水薬・外用薬・点眼薬 その他() |
| 薬の数量 | 包・錠・(その他) |
| 与薬時刻 | 食前・食後 その他() |
| 外用薬の使用方法 | |
| 特記事項 | |
| サイン | 受領者 与薬者 保護者確認サイン [] [] [] |