

薬の依頼票

令和 年 月 日

保育園・幼稚園・認定こども園 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

保育園・幼稚園・認定こども園 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

保育園・幼稚園・認定こども園 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

保育園・幼稚園・認定こども園 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 [] [] []

