

薬の依頼票

令和 年 月 日

みみょう幼稚園 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()	~	日分
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(軟膏)・点眼薬 その他()		
薬の数量	包・錠・種類・(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

みみょう幼稚園 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()	~	日分
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(軟膏)・点眼薬 その他()		
薬の数量	包・錠・種類・(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

みみょう幼稚園 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()	~	日分
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(軟膏)・点眼薬 その他()		
薬の数量	包・錠・種類・(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

みみょう幼稚園 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()	~	日分
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(軟膏)・点眼薬 その他()		
薬の数量	包・錠・種類・(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 【 】