遬	മ	忲	輏	靊
ᆓ	v		不 兄	ᅏ

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。

紐

園 児 名

保護者氏名

*必要なものを〇で囲んでください。

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•外值	傷•下痢	その)他()
薬の種類	粉·錠剤	•水薬•	外用導	薬(軟膏)・,	点眼薬	その他	<u>t</u> (
薬の数量	包		錠•	種類	•(その	他)
与薬時刻	食前	· 食後	Ć.	その	他()
外用薬の 使用方法								
特記事項								
サイン	受 ⁽	領者] [与薬者	1	保護者	確認+	ナイン

(別紙5)

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

*必要なものを〇で囲んでください。

病院名					医院(组	病院)
診断名						
処方年月日	令和	年 月	目 日()	~	日分
薬の用途	抗生剤・呪	亥∙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	領・(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						
	受領	:者	与薬者		保護者確	認サイン
サイン	ľ]	[]	ľ	1

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

*必要なものを〇で囲んでください。

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	1()
薬の種類	粉・錠剤・水薬・外用薬(軟膏)・点眼薬 そ	その他()
薬の数量	包・ 錠・ 種類・(その他	<u>þ</u>)
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

(別紙5)

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

*必要なものを〇で囲んでください。

病院名						医阴	完(病院)	
診断名								
処方年月日	令和	年	月	日() ~	日分	ļ.
薬の用途	抗生剤	•咳•鼻	⅓水•外	傷∙下痢	そ	の他()
薬の種類	粉∙錠剤	刂∙水薬	•外用	薬(軟膏)・原	点眼薬	き その作	也()
薬の数量	包	<u>.</u>	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								
	受	領者		与薬者		保護者	音確認サ	イン
サイン	[][1	[]