

平成 年 月 日 ()

保護者に代わり、次の期間の与薬を保育園に依頼します

保護者サイン

クラス名	
お子様の名前	
病名(症状)	
処方された病院・医院名	
処方された日	平成 年 月 日 ()
処方された期間	月 日から 月 日
薬の種類(個数)	水薬 目薬 その他 粉薬 塗り薬
薬の内容	
薬を使用する時間帯	食前与薬 食後与薬 その他

内服薬は1回分にして持参ください

薬にも氏名を記入し、依頼票とともに保育士に手渡ししてください

日	受領者	与薬者	日	受領者	与薬者	21		
1			11			22		
2			12			23		
3			13			24		
4			14			25		
5			15			26		
6			16			27		
7			17			28		
8			18			29		
9			19			30		
10			20			31		

ニコニコ桜保育園：与薬依頼票

平成 年 月 日 ()

保護者に代わり、次の期間の与薬を保育園に依頼します

保護者サイン

クラス名	
お子様の名前	
病名(症状)	
処方された病院・医院名	
処方された日	平成 年 月 日 ()
処方された期間	月 日から 月 日
薬の種類(個数)	水薬 目薬 その他 粉薬 塗り薬
薬の内容	
薬を使用する時間帯	食前与薬 食後与薬 その他

内服薬は1回分にして持参ください

薬にも氏名を記入し、依頼票とともに保育士に手渡ししてください

日	受領者	与薬者	日	受領者	与薬者	21		
1			11			22		
2			12			23		
3			13			24		
4			14			25		
5			15			26		
6			16			27		
7			17			28		
8			18			29		
9			19			30		
10			20			31		

ニコニコ桜保育園：与薬依頼票