

《 外用薬 》 与薬票

西暦 20 年 月 日 ()

保護者に代わり、本日、保育園に下記外用薬の与薬を依頼します

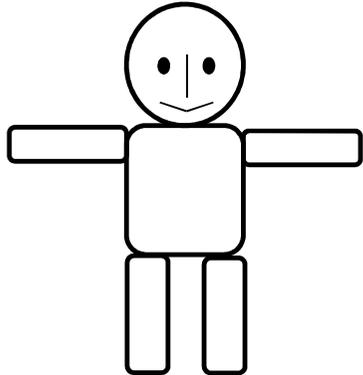
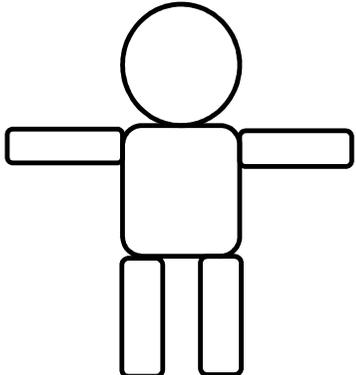
※薬1種類につき1枚の与薬票を記入してください

※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

※与薬期間が指示されている場合は記入してください

月 日から 月 日まで

保護者氏名

ク ラ ス 名	
お 子 様 の 名 前	
病 名 (症 状)	
受 診 医 院 名	
処方された日	西暦20 年 月 日 ()
薬の種類 (○印を記入してください)	
塗り薬 ()	貼り薬 () 目薬 ()
薬の内容を記入してください (ステロイドなど)。 ()	
薬を使用する時間や回数などを記入してください。 ()	
薬を使用する場所に印をつけてください。詳細は下記に記入ください。 ()	
	

2018.1.ニコニコ桜保育園

《 外用薬 》 与薬票

西暦 20 年 月 日 ()

保護者に代わり、本日、保育園に下記外用薬の与薬を依頼します

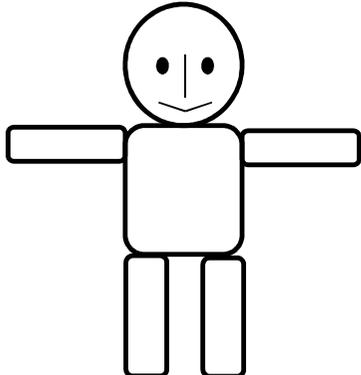
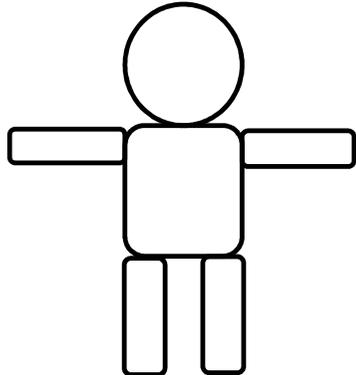
※薬1種類につき1枚の与薬票を記入してください

※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

※与薬期間が指示されている場合は記入してください

月 日から 月 日まで

保護者氏名

ク ラ ス 名	
お 子 様 の 名 前	
病 名 (症 状)	
受 診 医 院 名	
処方された日	西暦20 年 月 日 ()
薬の種類 (○印を記入してください)	
塗り薬 ()	貼り薬 () 目薬 ()
薬の内容を記入してください (ステロイドなど)。 ()	
薬を使用する時間や回数などを記入してください。 ()	
薬を使用する場所に印をつけてください。詳細は下記に記入ください。 ()	
	

2018.1.ニコニコ桜保育園

日付	受領者	与薬者
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		

日付	受領者	与薬者
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		

2018.1.ニコニコ桜保育園

日付	受領者	与薬者
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		

日付	受領者	与薬者
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		

2018.1.ニコニコ桜保育園