

**\* 与薬依頼書 \***

クラス	くみ	20 年 月 日 ( )	
園児名		病院名	
薬依頼者	父・母・祖父・祖母 その他( )	症状	
*薬の種類(該当するものに数量を記入してください。)			
粉薬( ) シロップ( ) 軟膏( ) 目薬( ) その他( )			
*薬の内容(該当するものに○を付けてください。) 抗生物質・風邪薬・咳止め・痛み止め かゆみ止め・アレルギー・その他( )			
お薬の時間	朝・昼食前・昼食後・夕方・その他( )		
	朝・夕( : )頃		
薬お預かり職員			
与薬した職員			
*お医者さんの処方した薬に限ります。 *薬の袋等にも必ず日付け・名前・いつ飲むかを記入して下さい。 *シロップは1回分を容器に入れてお持ち下さい。			

**\* 与薬依頼書 \***

クラス	くみ	20 年 月 日 ( )	
園児名		病院名	
薬依頼者	父・母・祖父・祖母 その他( )	症状	
*薬の種類(該当するものに数量を記入してください。)			
粉薬( ) シロップ( ) 軟膏( ) 目薬( ) その他( )			
*薬の内容(該当するものに○を付けてください。) 抗生物質・風邪薬・咳止め・痛み止め かゆみ止め・アレルギー・その他( )			
お薬の時間	朝・昼食前・昼食後・夕方・その他( )		
	朝・夕( : )頃		
薬お預かり職員			
与薬した職員			
*お医者さんの処方した薬に限ります。 *薬の袋等にも必ず日付け・名前・いつ飲むかを記入して下さい。 *シロップは1回分を容器に入れてお持ち下さい。			