

与薬依頼書

※一週間お預かり用

受け取り印			最終日与薬者印		
時間	:	㊟	時間	:	㊟

※飲み薬の一週間お預かりはできません。

※常温保管可能な薬のみお預かりします。

※医師により処方された薬のみ与薬致します。座薬・市販の薬は与薬依頼書があっても与薬できません。

※下記の通り与薬を依頼し、与薬の責任は保護者とします。

依 頼 日		西暦 年 月 日 () ~ 月 日 ()			
園 児 名					
保 護 者 名					
病 名 (症 状)					
与 薬 時 刻		・昼食前 ・昼食後 ・その他 ()			
外 用 薬	効 果	・虫さされ ・かゆみ止め ・アトピー ・けいれん止め ・結膜炎 ・目やに ・その他 ()			
	種 類	ぬり薬		目薬	
		湿布薬		(その他)	

返 却 日	お子様の名前
年 月 日	

与薬依頼書

※一週間お預かり用

受け取り印			最終日与薬者印		
時間	:	㊟	時間	:	㊟

※飲み薬の一週間お預かりはできません。

※常温保管可能な薬のみお預かりします。

※医師により処方された薬のみ与薬致します。座薬・市販の薬は与薬依頼書があっても与薬できません。

※下記の通り与薬を依頼し、与薬の責任は保護者とします。

依 頼 日		西暦 年 月 日 () ~ 月 日 ()			
園 児 名					
保 護 者 名					
病 名 (症 状)					
与 薬 時 刻		・昼食前 ・昼食後 ・その他 ()			
外 用 薬	効 果	・虫さされ ・かゆみ止め ・アトピー ・けいれん止め ・結膜炎 ・目やに ・その他 ()			
	種 類	ぬり薬		目薬	
		湿布薬		(その他)	

返 却 日	お子様の名前
年 月 日	