

☆ 内服用

与薬依頼書（保護者記載用）

平成 年 月 日

あかいとり保育園 園長

保護者 \_\_\_\_\_ 印

園児名 \_\_\_\_\_ 男・女（ 歳 か月）

連絡先（電話） \_\_\_\_\_

1 病院名： _____ 主治医名： _____ 連絡先（電話）： _____	
2 病 名： _____	
3 持参した薬 1) 薬品名： _____ 2) 剤 型： <input type="checkbox"/> 粉薬（ 袋） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） <input type="checkbox"/> シロップ（ 種類） <input type="checkbox"/> 錠剤（ 錠） 3) 使用方法： <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
4 その他の注意事項	受取職員 _____ 対応職員 _____

※ 薬にも必ず名前と日付の記入をお願いします。

.....<キリトリ>.....

☆ 内服用

与薬依頼書（保護者記載用）

平成 年 月 日

あかいとり保育園 園長

保護者 \_\_\_\_\_ 印

園児名 \_\_\_\_\_ 男・女（ 歳 か月）

連絡先（電話） \_\_\_\_\_

1 病院名： _____ 主治医名： _____ 連絡先（電話）： _____	
2 病 名： _____	
3 持参した薬 1) 薬品名： _____ 2) 剤 型： <input type="checkbox"/> 粉薬（ 袋） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） <input type="checkbox"/> シロップ（ 種類） <input type="checkbox"/> 錠剤（ 錠） 3) 使用方法： <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
4 その他の注意事項	受取職員 _____ 対応職員 _____

※ 薬にも必ず名前と日付の記入をお願いします。