

薬の依頼票

令和 年 月 日

認定こども園比治山幼稚園 園長 殿

医師の診断を受けたところ、下記のとおり指示がありましたので
 お願いします。

組 グループ 園児名

保護者氏名

必要なものを○で囲んでください。

病院名	医院（病院）			
診断名				
処方年月日	令和 年 月 日 ()			
薬の用途	抗生剤・咳・鼻水・外傷・下痢 その他 ()			
薬の種類	粉・錠剤・水薬・外用薬・点眼薬 その他 ()			
薬の数量	包・錠・(その他)			
与薬時刻	食前・食後・食間 (時) その他 ()			
外用薬の 使用方法・期間				
注意事項 飲ませ方等				
サイン	受領者		与薬者	
保護者用控	きりとり			園児名
	依頼票に基づき与薬致しました。			
	月 日			

薬の依頼票

令和 年 月 日

認定こども園比治山幼稚園 園長 殿

医師の診断を受けたところ、下記のとおり指示がありましたので
 お願いします。

組 グループ 園児名

保護者氏名

必要なものを○で囲んでください。

病院名	医院（病院）			
診断名				
処方年月日	令和 年 月 日 ()			
薬の用途	抗生剤・咳・鼻水・外傷・下痢 その他 ()			
薬の種類	粉・錠剤・水薬・外用薬・点眼薬 その他 ()			
薬の数量	包・錠・(その他)			
与薬時刻	食前・食後・食間 (時) その他 ()			
外用薬の 使用方法・期間				
注意事項 飲ませ方等				
サイン	受領者		与薬者	
保護者用控	きりとり			園児名
	依頼票に基づき与薬致しました。			
	月 日			

薬の依頼票

令和 年 月 日

認定こども園比治山幼稚園 園長 殿

医師の診断を受けたところ、下記のとおり指示がありましたので
 お願いします。

組 グループ 園児名

保護者氏名

必要なものを○で囲んでください。

病院名	医院（病院）			
診断名				
処方年月日	令和 年 月 日 ()			
薬の用途	抗生剤・咳・鼻水・外傷・下痢 その他 ()			
薬の種類	粉・錠剤・水薬・外用薬・点眼薬 その他 ()			
薬の数量	包・錠・(その他)			
与薬時刻	食前・食後・食間 (時) その他 ()			
外用薬の 使用方法・期間				
注意事項 飲ませ方等				
サイン	受領者		与薬者	
保護者用控	きりとり			園児名
	依頼票に基づき与薬致しました。			
	月 日			

薬の依頼票

令和 年 月 日

認定こども園比治山幼稚園 園長 殿

医師の診断を受けたところ、下記のとおり指示がありましたので
 お願いします。

組 グループ 園児名

保護者氏名

必要なものを○で囲んでください。

病院名	医院（病院）			
診断名				
処方年月日	令和 年 月 日 ()			
薬の用途	抗生剤・咳・鼻水・外傷・下痢 その他 ()			
薬の種類	粉・錠剤・水薬・外用薬・点眼薬 その他 ()			
薬の数量	包・錠・(その他)			
与薬時刻	食前・食後・食間 (時) その他 ()			
外用薬の 使用方法・期間				
注意事項 飲ませ方等				
サイン	受領者		与薬者	
保護者用控	きりとり			園児名
	依頼票に基づき与薬致しました。			
	月 日			