

薬服用申込書

クラス _____ 園児名 _____

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 () ~

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 () まで

時間

種類・数量

○印をつけてください

食前・食後・15時

その他()

散剤()種類

_____ 包()色

_____ 包()色

_____ 包()色

飲ませ方等

錠剤()種類

_____ 錠()色

_____ 錠()色

処方された病院

水薬()種類 ()色

()色

外用薬()種類

※薬剤内容に変更がある場合、または投薬を継続される場合は、再提出して下さい。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()

保護者 _____

Ⓔ

受領者 _____

Ⓔ

※この用紙は処分しないで下さい。