久宝まぶねこども園　　与薬依頼票

年　月　日（　）～　月　日（　）：　日間

※未記入の場合には与薬ができません。
※与薬依頼票は3日分記入できますが、内服薬は必ず1回分ずつ、容器等に記名をしてお持ちください。
※お子さんの状況などにより、指示通りの与薬ができない場合もありますので、ご了承ください。

医師より、下記の通り指示がありましたので、保護者に代わり、園での与薬を依頼いたします

園児名		組	ぶどう　はと　ひつじ　ゆり　ばら　ほし　一時
保護者名		病院名	医院（病院）
病名（症状）			
薬の種類	※かぜ薬　咳どめ　抗生物質　整腸剤　下痢止め　かゆみ止め　その他（　）		
分量	※粉薬　包　/　水薬　種類（保存方法）常温・冷蔵　/　錠剤　錠		
※該当に○	目薬・塗り薬・その他（　）		
与薬時間	※食前・食後・その他（　）		
薬の処方日	年　月　日		
特記事項			
園記入欄	月　日　受け取り者：	与薬者：	与薬時間：
	月　日　受け取り者：	与薬者：	与薬時間：
	月　日　受け取り者：	与薬者：	与薬時間：

久宝まぶねこども園　　与薬依頼票

年　月　日（　）～　月　日（　）：　日間

※未記入の場合には与薬ができません。
※与薬依頼票は3日分記入できますが、内服薬は必ず1回分ずつ、容器等に記名をしてお持ちください。
※お子さんの状況などにより、指示通りの与薬ができない場合もありますので、ご了承ください。

医師より、下記の通り指示がありましたので、保護者に代わり、園での与薬を依頼いたします

園児名		組	ぶどう　はと　ひつじ　ゆり　ばら　ほし　一時
保護者名		病院名	医院（病院）
病名（症状）			
薬の種類	※かぜ薬　咳どめ　抗生物質　整腸剤　下痢止め　かゆみ止め　その他（　）		
分量	※粉薬　包　/　水薬　種類（保存方法）常温・冷蔵　/　錠剤　錠		
※該当に○	目薬・塗り薬・その他（　）		
与薬時間	※食前・食後・その他（　）		
薬の処方日	年　月　日		
特記事項			
園記入欄	月　日　受け取り者：	与薬者：	与薬時間：
	月　日　受け取り者：	与薬者：	与薬時間：
	月　日　受け取り者：	与薬者：	与薬時間：

久宝まぶねこども園　　与薬依頼票

年　月　日（　）～　月　日（　）：　日間

※未記入の場合には与薬ができません。
※与薬依頼票は3日分記入できますが、内服薬は必ず1回分ずつ、容器等に記名をしてお持ちください。
※お子さんの状況などにより、指示通りの与薬ができない場合もありますので、ご了承ください。

医師より、下記の通り指示がありましたので、保護者に代わり、園での与薬を依頼いたします

園児名		組	ぶどう　はと　ひつじ　ゆり　ばら　ほし　一時
保護者名		病院名	医院（病院）
病名（症状）			
薬の種類	※かぜ薬　咳どめ　抗生物質　整腸剤　下痢止め　かゆみ止め　その他（　）		
分量	※粉薬　包　/　水薬　種類（保存方法）常温・冷蔵　/　錠剤　錠		
※該当に○	目薬・塗り薬・その他（　）		
与薬時間	※食前・食後・その他（　）		
薬の処方日	年　月　日		
特記事項			
園記入欄	月　日　受け取り者：	与薬者：	与薬時間：
	月　日　受け取り者：	与薬者：	与薬時間：
	月　日　受け取り者：	与薬者：	与薬時間：

久宝まぶねこども園　　与薬依頼票

年　月　日（　）～　月　日（　）：　日間

※未記入の場合には与薬ができません。
※与薬依頼票は3日分記入できますが、内服薬は必ず1回分ずつ、容器等に記名をしてお持ちください。
※お子さんの状況などにより、指示通りの与薬ができない場合もありますので、ご了承ください。

医師より、下記の通り指示がありましたので、保護者に代わり、園での与薬を依頼いたします

園児名		組	ぶどう　はと　ひつじ　ゆり　ばら　ほし　一時
保護者名		病院名	医院（病院）
病名（症状）			
薬の種類	※かぜ薬　咳どめ　抗生物質　整腸剤　下痢止め　かゆみ止め　その他（　）		
分量	※粉薬　包　/　水薬　種類（保存方法）常温・冷蔵　/　錠剤　錠		
※該当に○	目薬・塗り薬・その他（　）		
与薬時間	※食前・食後・その他（　）		
薬の処方日	年　月　日		
特記事項			
園記入欄	月　日　受け取り者：	与薬者：	与薬時間：
	月　日　受け取り者：	与薬者：	与薬時間：
	月　日　受け取り者：	与薬者：	与薬時間：

久宝まぶねこども園　　与薬依頼票

年　月　日（　）～　月　日（　）：　日間

※未記入の場合には与薬ができません。
※与薬依頼票は3日分記入できますが、内服薬は必ず1回分ずつ、容器等に記名をしてお持ちください。
※お子さんの状況などにより、指示通りの与薬ができない場合もありますので、ご了承ください。

医師より、下記の通り指示がありましたので、保護者に代わり、園での与薬を依頼いたします

園児名		組	ぶどう　はと　ひつじ　ゆり　ばら　ほし　一時
保護者名		病院名	医院（病院）
病名（症状）			
薬の種類	※かぜ薬　咳どめ　抗生物質　整腸剤　下痢止め　かゆみ止め　その他（　）		
分量	※粉薬　包　/　水薬　種類（保存方法）常温・冷蔵　/　錠剤　錠		
※該当に○	目薬・塗り薬・その他（　）		
与薬時間	※食前・食後・その他（　）		
薬の処方日	年　月　日		
特記事項			
園記入欄	月　日　受け取り者：	与薬者：	与薬時間：
	月　日　受け取り者：	与薬者：	与薬時間：
	月　日　受け取り者：	与薬者：	与薬時間：

久宝まぶねこども園　　与薬依頼票

年　月　日（　）～　月　日（　）：　日間

※未記入の場合には与薬ができません。
※与薬依頼票は3日分記入できますが、内服薬は必ず1回分ずつ、容器等に記名をしてお持ちください。
※お子さんの状況などにより、指示通りの与薬ができない場合もありますので、ご了承ください。

医師より、下記の通り指示がありましたので、保護者に代わり、園での与薬を依頼いたします

園児名		組	ぶどう　はと　ひつじ　ゆり　ばら　ほし　一時
保護者名		病院名	医院（病院）
病名（症状）			
薬の種類	※かぜ薬　咳どめ　抗生物質　整腸剤　下痢止め　かゆみ止め　その他（　）		
分量	※粉薬　包　/　水薬　種類（保存方法）常温・冷蔵　/　錠剤　錠		
※該当に○	目薬・塗り薬・その他（　）		
与薬時間	※食前・食後・その他（　）		
薬の処方日	年　月　日		
特記事項			
園記入欄	月　日　受け取り者：	与薬者：	与薬時間：
	月　日　受け取り者：	与薬者：	与薬時間：
	月　日　受け取り者：	与薬者：	与薬時間：

久宝まぶねこども園　　与薬依頼票

年　月　日（　）～　月　日（　）：　日間

※未記入の場合には与薬ができません。
※与薬依頼票は3日分記入できますが、内服薬は必ず1回分ずつ、容器等に記名をしてお持ちください。
※お子さんの状況などにより、指示通りの与薬ができない場合もありますので、ご了承ください。

医師より、下記の通り指示がありましたので、保護者に代わり、園での与薬を依頼いたします

園児名		組	ぶどう　はと　ひつじ　ゆり　ばら　ほし　一時
保護者名		病院名	医院（病院）
病名（症状）			
薬の種類	※かぜ薬　咳どめ　抗生物質　整腸剤　下痢止め　かゆみ止め　その他（　）		
分量	※粉薬　包　/　水薬　種類（保存方法）常温・冷蔵　/　錠剤　錠		
※該当に○	目薬・塗り薬・その他（　）		
与薬時間	※食前・食後・その他（　）		
薬の処方日	年　月　日		
特記事項			
園記入欄	月　日　受け取り者：	与薬者：	与薬時間：
	月　日　受け取り者：	与薬者：	与薬時間：
	月　日　受け取り者：	与薬者：	与薬時間：

久宝まぶねこども園　　与薬依頼票

年　月　日（　）～　月　日（　）：　日間

※未記入の場合には与薬ができません。
※与薬依頼票は3日分記入できますが、内服薬は必ず1回分ずつ、容器等に記名をしてお持ちください。
※お子さんの状況などにより、指示通りの与薬ができない場合もありますので、ご了承ください。

医師より、下記の通り指示がありましたので、保護者に代わり、園での与薬を依頼いたします

園児名		組	ぶどう　はと　ひつじ　ゆり　ばら　ほし　一時
保護者名		病院名	医院（病院）
病名（症状）			
薬の種類	※かぜ薬　咳どめ　抗生物質　整腸剤　下痢止め　かゆみ止め　その他（　）		
分量	※粉薬　包　/　水薬　種類（保存方法）常温・冷蔵　/　錠剤　錠		
※該当に○	目薬・塗り薬・その他（　）		
与薬時間	※食前・食後・その他（　）		
薬の処方日	年　月　日		
特記事項			
園記入欄	月　日　受け取り者：	与薬者：	与薬時間：
	月　日　受け取り者：	与薬者：	与薬時間：
	月　日　受け取り者：	与薬者：	与薬時間：