

一日くすり依頼票（食後のみ）

平成 年 月 日

クラス

園児名

保護者サイン

病名または症状

病院または医院名

TEL ()

くすりの種類に○をつけ、数を()の中に書いて下さい。

内服薬

水薬 () 粉薬 () その他 ()

*薬名表又は薬の成分表をご持参ください。

外用薬

塗り薬 目薬 その他

*部位・左右・方法など

日 付

受 取 者

与 薬 者

月 日 ()

一日くすり依頼票（食後のみ）

平成 年 月 日

クラス

園児名

保護者サイン

病名または症状

病院または医院名

TEL ()

くすりの種類に○をつけ、数を()の中に書いて下さい。

内服薬

水薬 () 粉薬 () その他 ()

*薬名表又は薬の成分表をご持参ください。

外用薬

塗り薬 目薬 その他

*部位・左右・方法など

日 付

受 取 者

与 薬 者

月 日 ()