

与薬依頼票

組 園児名

令和 年 月 日 医療機関（ ）で受診し、

医師により服用の指示がありましたので、こども園での与薬をお願いします。

薬についてお知らせください。（○印及び数量を記入してください。）

連絡事項等があれば備考欄をお願いします。

・服用させる時間 食前 食間 食後

・薬の種類 ・水薬 ・粉薬（ ）包 ・塗薬（ ）

・錠剤 ・カプセル ・点眼薬

・その他（ ）

・使用期間 月 日 ～ 月 日

・備考

--

保護者氏名

本日緊急時連絡先