

外用薬与薬依頼票					
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 与薬をお願いいたします。保護者名_____					
与薬日		年 月 日（ ）			
クラス名 () ぐみ		子どもの氏名（フルネーム）			
病院名		TEL			
処方された日		年 月 日（ ）			
病 名					
薬剤名					
薬の種類（個数）		塗り薬（ ） 目薬（ ） その他【 】（ ）			
与薬の時間		食前 食後 その他（ ）			
※連続して与薬を希望する場合は、下記に続けて記入して下さい。最大5日分の依頼書になります。5日を超える場合は、再度依頼書を提出して下さい。					
	/	/	/	/	/
受取者					
与薬者					
確認者					
予約時間	:	:	:	:	:
※預かった薬について不明点がある場合、保護者の方に連絡をし確認をさせて頂くことがあります。確認が取れない場合は与薬が行えません。ご了承下さい。					

キッズファースト保育園

外用薬与薬依頼票					
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 与薬をお願いいたします。保護者名_____					
与薬日		年 月 日（ ）			
クラス名 () ぐみ		子どもの氏名（フルネーム）			
病院名		TEL			
処方された日		年 月 日（ ）			
病 名					
薬剤名					
薬の種類（個数）		塗り薬（ ） 目薬（ ） その他【 】（ ）			
与薬の時間		食前 食後 その他（ ）			
※連続して与薬を希望する場合は、下記に続けて記入して下さい。最大5日分の依頼書になります。5日を超える場合は、再度依頼書を提出して下さい。					
	/	/	/	/	/
受取者					
与薬者					
確認者					
予約時間	:	:	:	:	:
※預かった薬について不明点がある場合、保護者の方に連絡をし確認をさせて頂くことがあります。確認が取れない場合は与薬が行えません。ご了承下さい。					

キッズファースト保育園