

定期薬与薬依頼書

クラス名 _____ 園児名 _____

病名(症状) _____ 薬の名前 _____ 処方期間 _____ ~ _____

月日	保護者サイン	与薬時間	薬の種類	預りサイン	実施時間	実施サイン
／		食前・食後 その他()	シロップ・粉薬・錠剤・ 点眼・点耳・軟膏 その他()			
／		食前・食後 その他()	シロップ・粉薬・錠剤・ 点眼・点耳・軟膏 その他()			
／		食前・食後 その他()	シロップ・粉薬・錠剤・ 点眼・点耳・軟膏 その他()			
／		食前・食後 その他()	シロップ・粉薬・錠剤・ 点眼・点耳・軟膏 その他()			
／		食前・食後 その他()	シロップ・粉薬・錠剤・ 点眼・点耳・軟膏 その他()			
／		食前・食後 その他()	シロップ・粉薬・錠剤・ 点眼・点耳・軟膏 その他()			
／		食前・食後 その他()	シロップ・粉薬・錠剤・ 点眼・点耳・軟膏 その他()			
／		食前・食後 その他()	シロップ・粉薬・錠剤・ 点眼・点耳・軟膏 その他()			
／		食前・食後 その他()	シロップ・粉薬・錠剤・ 点眼・点耳・軟膏 その他()			
／		食前・食後 その他()	シロップ・粉薬・錠剤・ 点眼・点耳・軟膏 その他()			
／		食前・食後 その他()	シロップ・粉薬・錠剤・ 点眼・点耳・軟膏 その他()			
／		食前・食後 その他()	シロップ・粉薬・錠剤・ 点眼・点耳・軟膏 その他()			

注意事項

☆お預かりは医師の処方薬のみです。保育中のとの与薬がどうしても必要な場合のみとなります。

☆市販薬のお預かりはできません。

☆お薬手帳、又はお薬説明用紙のコピーを添付してください。

☆薬の容器に記名をしてください。内服薬は1回分に分けて記名してください。

☆お薬は登園時に職員に手渡しをしてください。降園時に控えと容器をお渡します。

☆毎度末に書類の再提出と薬剤の使用期限を確認していただきます。 アゼリー保育園

定期与薬依頼書

クラス名

園児名

月日	保護者サイン	与薬時間	薬の種類	預りサイン	実施時間	実施サイン
／		食前・食後 その他()	シロップ・粉薬・錠剤・ 点眼・点耳・軟膏 その他()			
／		食前・食後 その他()	シロップ・粉薬・錠剤・ 点眼・点耳・軟膏 その他()			
／		食前・食後 その他()	シロップ・粉薬・錠剤・ 点眼・点耳・軟膏 その他()			
／		食前・食後 その他()	シロップ・粉薬・錠剤・ 点眼・点耳・軟膏 その他()			
／		食前・食後 その他()	シロップ・粉薬・錠剤・ 点眼・点耳・軟膏 その他()			
／		食前・食後 その他()	シロップ・粉薬・錠剤・ 点眼・点耳・軟膏 その他()			
／		食前・食後 その他()	シロップ・粉薬・錠剤・ 点眼・点耳・軟膏 その他()			
／		食前・食後 その他()	シロップ・粉薬・錠剤・ 点眼・点耳・軟膏 その他()			
／		食前・食後 その他()	シロップ・粉薬・錠剤・ 点眼・点耳・軟膏 その他()			
／		食前・食後 その他()	シロップ・粉薬・錠剤・ 点眼・点耳・軟膏 その他()			
／		食前・食後 その他()	シロップ・粉薬・錠剤・ 点眼・点耳・軟膏 その他()			
／		食前・食後 その他()	シロップ・粉薬・錠剤・ 点眼・点耳・軟膏 その他()			