

くすり依頼票

令和 年 月 日

組 園児名

医療機関名

病名

薬の種類に○をつけ、数を記入してください				
内服薬	種類	粉薬	シロップ	その他
	数			
外用薬	種類	塗り薬	目薬	その他
	数			
与える時間	食後 ・ その他 ()			
その他				
保護者サイン		与薬者サイン		

・薬の容器、袋に必ず名前を書いてください

くすり依頼票

令和 年 月 日

組 園児名

医療機関名

病名

薬の種類に○をつけ、数を記入してください				
内服薬	種類	粉薬	シロップ	その他
	数			
外用薬	種類	塗り薬	目薬	その他
	数			
与える時間	食後 ・ その他 ()			
その他				
保護者サイン		与薬者サイン		

・薬の容器、袋に必ず名前を書いてください

くすり依頼票

令和 年 月 日

組 園児名

医療機関名

病名

薬の種類に○をつけ、数を記入してください				
内服薬	種類	粉薬	シロップ	その他
	数			
外用薬	種類	塗り薬	目薬	その他
	数			
与える時間	食後 ・ その他 ()			
その他				
保護者サイン		与薬者サイン		

・薬の容器、袋に必ず名前を書いてください

くすり依頼票

令和 年 月 日

組 園児名

医療機関名

病名

薬の種類に○をつけ、数を記入してください				
内服薬	種類	粉薬	シロップ	その他
	数			
外用薬	種類	塗り薬	目薬	その他
	数			
与える時間	食後 ・ その他 ()			
その他				
保護者サイン		与薬者サイン		

・薬の容器、袋に必ず名前を書いてください