

与薬のお願い

組 _____ 児童名 _____

保護者 _____

受診した病院名 _____

- | | | | | | | |
|-------------------------|-----|------|-----|-----|-----|---------|
| 1 服用月日 | 月 | 日 | | | | |
| 2 服用時間 (あてはまるものに○印を付ける) | 食前 | 食後 | 食間 | | | |
| 3 内容 (あてはまるものに○印を付ける) | 風邪薬 | 抗生物質 | 咳止め | ぬり薬 | 点眼薬 | その他 () |
| 4 その他、注意事項 | | | | | | |

☆医師の指示のもの1回分のみ持参

☆薬には日付と氏名を記入してください

☆この用紙と薬を一緒に職員へ渡してください

与薬者
※保育所記入