

この文章は A4 サイズです。印刷する際には A4 用紙へ拡大や縮小をせずにプリントを行ってください。

記入後、キリトリセンに沿って切り放して当園へご持参ください。ご協力をお願いいたします。

キリトリセン

薬の依頼書			
令和 年 月 日			
保育園長様			
医師の検診を受けたところ、下記のとおり指示がありましたのでお願いいたします。			
記			
※必要なものは○で囲んで下さい。			
園児名		保護者名	
病院名	医院(病院)		
薬の用途	風邪 ・ 咳 ・ 整腸剤 ・ その他 ()		
薬の種類	粉薬 ・ 水薬 ・ その他 ()		
与薬方法	食前 ・ 食間 (時間:) 食後 ・ その他 ()		
服用日	月 日 ~ 月 日		
特記事項			
保育園欄	与薬者名 :		時間 :

薬の依頼書			
令和 年 月 日			
保育園長様			
医師の検診を受けたところ、下記のとおり指示がありましたのでお願いいたします。			
記			
※必要なものは○で囲んで下さい。			
園児名		保護者名	
病院名	医院(病院)		
薬の用途	風邪 ・ 咳 ・ 整腸剤 ・ その他 ()		
薬の種類	粉薬 ・ 水薬 ・ その他 ()		
与薬方法	食前 ・ 食間 (時間:) 食後 ・ その他 ()		
服用日	月 日 ~ 月 日		
特記事項			
保育園欄	与薬者名 :		時間 :