

与薬票

理事長	園長	主任

平成 年 月 日記

依頼先 平保育園

依頼者 保護者氏名

園児名 (組) 名前

病院名 病院・医院

主治医

病名 (または症状)

薬の剤型(該当するものに○)
粉(包)・水薬(目盛)・外用薬(部位)
その他()

与薬時間(該当するものに○)
食前・食後・その他 ()

その他 伝えておきたいこと
[]

保 育 園 記 載	受領者サイン 印
	投薬者サイン 印
	投与者サイン 月 日 時 分