

薬局等で発行されたお薬の内容がわかるもの（お薬の説明書）を初回のみお持ちください。

与薬依頼書 (一週間分)		平成 年 月 日
くるみの森愛児園 () ぐみ	園児名 保護者名	年 月 日 受付確認者名
1	病名(症状)	
2	医療機関名	
3	薬の種類	①塗り薬 ②点眼薬 ④内服薬 ③その他 ()
4	与薬時間	①食前 ②昼食後 ③与薬時間 ()
5	その他	
	保護者サイン	月 日 月 日 月 日 月 日 月 日 月 日
園記入	与薬時間	
園記入	投与者 備考	

*当依頼書は保護者がこども園に対し、保護者に代わって与薬希望するものです。
*市販の内服薬は与薬できません。

キリトリ

薬局等で発行されたお薬の内容がわかるもの（お薬の説明書）を初回のみお持ちください。

与薬依頼書 (一週間分)		平成 年 月 日
くるみの森愛児園 () ぐみ	園児名 保護者名	年 月 日 受付確認者名
1	病名(症状)	
2	医療機関名	
3	薬の種類	①塗り薬 ②点眼薬 ④内服薬 ③その他 ()
4	与薬時間	①食前 ②昼食後 ③与薬時間 ()
5	その他	
	保護者サイン	月 日 月 日 月 日 月 日 月 日 月 日
園記入	与薬時間	
園記入	投与者 備考	

*当依頼書は保護者がこども園に対し、保護者に代わって与薬希望するものです。
*市販の内服薬は与薬できません。

キリトリ

薬局等で発行されたお薬の内容がわかるもの（お薬の説明書）を初回のみお持ちください。

与薬依頼書 (一週間分)		平成 年 月 日
くるみの森愛児園 () ぐみ	園児名 保護者名	年 月 日 受付確認者名
1	病名(症状)	
2	医療機関名	
3	薬の種類	①塗り薬 ②点眼薬 ④内服薬 ③その他 ()
4	与薬時間	①食前 ②昼食後 ③与薬時間 ()
5	その他	
	保護者サイン	月 日 月 日 月 日 月 日 月 日 月 日
園記入	与薬時間	
園記入	投与者 備考	

*当依頼書は保護者がこども園に対し、保護者に代わって与薬希望するものです。
*市販の内服薬は与薬できません。