与薬依頼書（一週間用）

平成　　年　　月　　日

さかえ認定こども園長様

年 月 日
受付確認者名

（　　）くみ　園児名

保護者名

認定こども園でも服薬させる必要がありますので、与薬を依頼します。

1	病名	
2	医療機関名	
3	薬の種類	①粉薬　②水薬　③その他（軟膏・点眼薬など）
4	服用時間	①昼食前　②昼食後　③与薬時間（　　時）
5	その他	飲ませ方など（　　）

		月　日	月　日	月　日	月　日	月　日
	保護者印					
園記入	投与時間					
園記入	投与者サイン					
	備　考					

与薬依頼書（一週間用）

平成　　年　　月　　日

さかえ認定こども園長様

年 月 日
受付確認者名

（　　）くみ　園児名

保護者名

認定こども園でも服薬させる必要がありますので、与薬を依頼します。

1	病名	
2	医療機関名	
3	薬の種類	①粉薬　②水薬　③その他（軟膏・点眼薬など）
4	服用時間	①昼食前　②昼食後　③与薬時間（　　時）
5	その他	飲ませ方など（　　）

		月　日	月　日	月　日	月　日	月　日
	保護者印					
園記入	投与時間					
園記入	投与者サイン					
	備　考					