受取り時確認		
受取者	確認者	

薬の依頼書 (1回1枚使用)

与薬時確認			
担任	与薬者		

※中耳炎・溶連菌などで、 <u>抗生剤の内服が治療上必要な場合のみ</u> お預かりします。	扌
咳・鼻水症状などの風邪薬は、ご自宅での内服をお願いします。	

咳・鼻水症状などの風邪薬は、ご自宅での内服をお願いします。 ※1回分の薬(氏名を必ず記入)と薬の依頼書を、袋に入れて職員へ手渡して下さい。							
月	Я		 み E				
	н		<i>y</i> 1	診断名			
□ 粉薬	包			□ その他			
自宅での内服	<u> </u>						
服薬時間(〇	をつける)			・後・どち の場合 (午			食前)
受取り時確認						与薬時	F確認
受取者 確認者		薬の依				担任	与薬者
	(1 [回1枚	使月	月)			
※中耳炎・溶連菌などで、抗生剤の内服が治療上必要な場合のみお預かりします。 咳・鼻水症状などの風邪薬は、ご自宅での内服をお願いします。 ※1回分の薬(氏名を必ず記入)と薬の依頼書を、袋に入れて職員へ手渡して下さい。							
月	日	〈み	氏名	<u> </u>			
受診病院名 診断名							
□ 粉薬□ その他自宅での内服時間(:)							
服薬時間(○を	つける)			後 • どちら 場会 (午前	_		前)

受取り時確認		
受取者	確認者	

薬の依頼書 (1回1枚使用)

与薬時確認		
担任	与薬者	

咳・鼻水症状などの風邪薬は、ご自宅での内服をお願いします。

※1回分の薬(氏名を必ず記入)と薬の依頼書を、袋に入れて職員へ手渡して下さい。

月 日	〈み 氏名
受診病院名	診断名
□粉薬 包	□ その他
自宅での内服時間(:)
服薬時間(○をつける)	昼食(前・後・どちらでもよい)
	※ 離乳食の場合 (午前食前・午後食前)

受取り	時確認
受取者	確認者

薬の依頼書 (1回1枚使用)

与薬時	持確認
担任	与薬者

※中耳炎・溶連菌などで、抗生剤の内服が治療上必要な場合のみお預かりします。

咳・鼻水症状などの風邪薬は、ご自宅での内服をお願いします。

※1回分の薬(氏名を必ず記入)と薬の依頼書を、袋に入れて職員へ手渡して下さい。

月 日	〈み 氏名
受診病院名	診断名
□ 粉薬 包自宅での内服時間(:	□ その他
服薬時間(○をつける)	昼食(前・後・どちらでもよい)

※ 離乳食の場合 (午前食前・午後食前)