

| 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、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 _____くみ 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 _____くみ 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 _____くみ 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 _____くみ 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)