

令和 年 月 日

与薬依頼書(外用薬等)

水落保育園

クラス名 園児名 保護者名

病院名(主治医) 病院の電話番号

病名(症状)

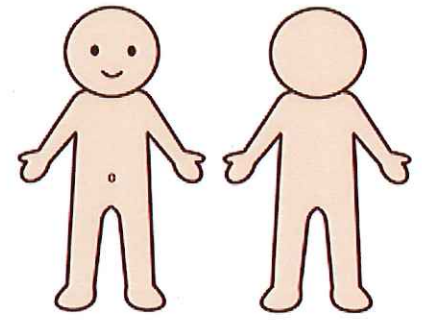
処方日 年 月 日 使用する部位に印をつけてください。

外用薬/1日(回)(部分・その他)

点眼薬/1日(回)

与薬時間/ 食前 ・ 食後 ・ 食間 ・ その他

受領者



*当依頼書は、保護者が保育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。

令和 年 月 日

与薬依頼書(外用薬等)

水落保育園

クラス名 園児名 保護者名

病院名(主治医) 病院の電話番号

病名(症状)

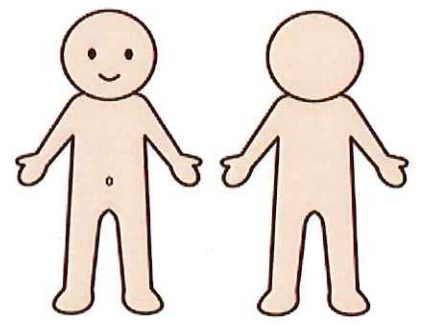
処方日 年 月 日 使用する部位に印をつけてください。

外用薬/1日(回)(部分・その他)

点眼薬/1日(回)

与薬時間/ 食前 ・ 食後 ・ 食間 ・ その他

受領者



*当依頼書は、保護者が保育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。