

■ 与 薬 依 頼 書 ■

平成 年 月 日

海邦保育園 園長殿

組 園児名

保護者名

医療機関名

事 看 ク			
①持参した薬は 年 月 日に処方された	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
日分のうち、本日の1回分です。			
②薬の種類(該当するものに○印をつけてください)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
シロップ 粉薬 外用薬 その他()			
シロップ(1回 cc)			
③薬の内容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
抗生素 咳止め 風邪薬 下痢止め その他()			
④投薬時間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食事(前・後) おやつ(前・後) その他			
⑤朝の投薬時間(時 分)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

預かり者	与薬者	投薬時間	
		:	:

■ 与 薬 依 頼 書 ■

平成 年 月 日

海邦保育園 園長殿

組 園児名

保護者名

医療機関名

事 看 ク			
①持参した薬は 年 月 日に処方された	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
日分のうち、本日の1回分です。			
②薬の種類(該当するものに○印をつけてください)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
シロップ 粉薬 外用薬 その他()			
シロップ(1回 cc)			
③薬の内容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
抗生素 咳止め 風邪薬 下痢止め その他()			
④投薬時間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食事(前・後) おやつ(前・後) その他			
⑤朝の投薬時間(時 分)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

預かり者	与薬者	投薬時間	
		:	:

■ 与 薬 依 頼 書 ■

平成 年 月 日

海邦保育園 園長殿

組 園児名

保護者名

医療機関名

事 看 ク			
①持参した薬は 年 月 日に処方された	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
日分のうち、本日の1回分です。			
②薬の種類(該当するものに○印をつけてください)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
シロップ 粉薬 外用薬 その他()			
シロップ(1回 cc)			
③薬の内容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
抗生素 咳止め 風邪薬 下痢止め その他()			
④投薬時間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食事(前・後) おやつ(前・後) その他			
⑤朝の投薬時間(時 分)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

預かり者	与薬者	投薬時間	
		:	:

■ 与 薬 依 頼 書 ■

平成 年 月 日

海邦保育園 園長殿

組 園児名

保護者名

医療機関名

事 看 ク			
①持参した薬は 年 月 日に処方された	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
日分のうち、本日の1回分です。			
②薬の種類(該当するものに○印をつけてください)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
シロップ 粉薬 外用薬 その他()			
シロップ(1回 cc)			
③薬の内容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
抗生素 咳止め 風邪薬 下痢止め その他()			
④投薬時間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食事(前・後) おやつ(前・後) その他			
⑤朝の投薬時間(時 分)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

預かり者	与薬者	投薬時間	
		:	: