

定期薬与薬依頼書

クラス名

園児名

病名(症状)

薬の名前

処方期間

～

月日	保護者サイン	与薬時間	薬の種類	預りサイン	実施時間	実施サイン
/		食前・食後 その他()	シロップ・粉薬・錠剤・ 点眼・点耳・軟膏 その他()			
/		食前・食後 その他()	シロップ・粉薬・錠剤・ 点眼・点耳・軟膏 その他()			
/		食前・食後 その他()	シロップ・粉薬・錠剤・ 点眼・点耳・軟膏 その他()			
/		食前・食後 その他()	シロップ・粉薬・錠剤・ 点眼・点耳・軟膏 その他()			
/		食前・食後 その他()	シロップ・粉薬・錠剤・ 点眼・点耳・軟膏 その他()			
/		食前・食後 その他()	シロップ・粉薬・錠剤・ 点眼・点耳・軟膏 その他()			
/		食前・食後 その他()	シロップ・粉薬・錠剤・ 点眼・点耳・軟膏 その他()			
/		食前・食後 その他()	シロップ・粉薬・錠剤・ 点眼・点耳・軟膏 その他()			
/		食前・食後 その他()	シロップ・粉薬・錠剤・ 点眼・点耳・軟膏 その他()			
/		食前・食後 その他()	シロップ・粉薬・錠剤・ 点眼・点耳・軟膏 その他()			
/		食前・食後 その他()	シロップ・粉薬・錠剤・ 点眼・点耳・軟膏 その他()			

注意事項

- ☆お預かりは医師の処方薬のみです。保育中のの与薬がどうしても必要な場合のみとなります
- ☆市販薬のお預かりはできません。

★お薬手帳、又はお薬説明用紙のコピーを添付してください。

- ☆薬の容器に記名をしてください。内服薬は1回分に分けて記名してください。

- ☆お薬は登園時に職員に手渡しをしてください。降園時に控えと容器をお渡しします。

- ☆年度末に書類の再提出と薬剤の使用期限を確認していただきます。

アゼリーアネックス保育園

定期与薬依頼書

クラス名

園児名

月日	保護者サイン	与薬時間	薬の種類	預りサイン	実施時間	実施サイン
/		食前・食後 その他()	シロップ・粉薬・錠剤・ 点眼・点耳・軟膏 その他()			
/		食前・食後 その他()	シロップ・粉薬・錠剤・ 点眼・点耳・軟膏 その他()			
/		食前・食後 その他()	シロップ・粉薬・錠剤・ 点眼・点耳・軟膏 その他()			
/		食前・食後 その他()	シロップ・粉薬・錠剤・ 点眼・点耳・軟膏 その他()			
/		食前・食後 その他()	シロップ・粉薬・錠剤・ 点眼・点耳・軟膏 その他()			
/		食前・食後 その他()	シロップ・粉薬・錠剤・ 点眼・点耳・軟膏 その他()			
/		食前・食後 その他()	シロップ・粉薬・錠剤・ 点眼・点耳・軟膏 その他()			
/		食前・食後 その他()	シロップ・粉薬・錠剤・ 点眼・点耳・軟膏 その他()			
/		食前・食後 その他()	シロップ・粉薬・錠剤・ 点眼・点耳・軟膏 その他()			
/		食前・食後 その他()	シロップ・粉薬・錠剤・ 点眼・点耳・軟膏 その他()			
/		食前・食後 その他()	シロップ・粉薬・錠剤・ 点眼・点耳・軟膏 その他()			