

与薬依頼カード			
☆ 令和 年 月 日			
組・児童名	☆ 組 児童名		
病名・症状	☆	担当医師名	
医療機関名	☆	☆	
与薬時間	☆・食前 ・食間 ・食後 ・その他 (時頃)	医師の確認 ☆ 月 日	
薬の種類	☆・液薬 ・粉薬 ・カプセル ・目薬 ・塗薬 ・その他 ()		
薬受領者名			
薬投与者名		確認者名	
投与時間	午前 ・ 午後 時 分		

きりとり

児童名	☆		
薬受領者名			
薬投与者名		確認者名	
投与時間	令和 年 月 日 午前 ・ 午後 時 分		

- ・ ☆印の欄は全てに保護者が記入してください。記入に不備がある時は薬を飲ませることは出来ませんのでご了承下さい。

与薬依頼カード			
☆ 令和 年 月 日			
組・児童名	☆ 組 児童名		
病名・症状	☆	担当医師名	
医療機関名	☆	☆	
与薬時間	☆・食前 ・食間 ・食後 ・その他 (時頃)	医師の確認 ☆ 月 日	
薬の種類	☆・液薬 ・粉薬 ・カプセル ・目薬 ・塗薬 ・その他 ()		
薬受領者名			
薬投与者名		確認者名	
投与時間	午前 ・ 午後 時 分		

きりとり

児童名	☆		
薬受領者名			
薬投与者名		確認者名	
投与時間	令和 年 月 日 午前 ・ 午後 時 分		

- ・ ☆印の欄は全てに保護者が記入してください。記入に不備がある時は薬を飲ませることは出来ませんのでご了承下さい。