

与 薬 票

理事長	園長	主幹	主幹

年 月 日記

依頼先 平こども園

依頼者 保護者氏名

園児名 (組) 名前

病院名

病院・医院

主治医

病名 (または症状)

薬の剤型(該当するものに○)

粉(包)・水薬(目盛)・外用薬(部位)

その他()

与薬時間(該当するものに○)

食前・食後・その他 ()

その他 伝えておきたいこと

こ ど も 園 記 載	受領者サイン 印
	投薬者サイン 印
	投与者サイン 月 日 時 分