与薬依頼票

（保護者記載用）

高岡第一学園 認定こども園 第二幼稚園

依頼日：平成　　年　　月　　日

＿＿＿＿＿＿＿組　園児氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関名	（　　）病院・医院　連絡先（TEL　　） 担当医師名（　　）
病　　名	
処方年月日	平成　　年　　月　　日
薬の種類	粉薬　水薬　軟膏　その他（　　）
保管方法	室温　冷蔵庫　その他（　　）
薬の内容	風邪薬　抗生物質　咳止め　整腸剤　その他（　　）
与薬時間	食前　食後　食間　その他（　　）
薬の個数	粉薬（　　）包　水薬（　　）個　その他（　　）

受領日	受領時間	受領者サイン	与薬時間	与薬者サイン
／				
／				
／				

与薬依頼票

（保護者記載用）

高岡第一学園 認定こども園 第二幼稚園

依頼日：平成　　年　　月　　日

＿＿＿＿＿＿＿組　園児氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関名	（　　）病院・医院　連絡先（TEL　　） 担当医師名（　　）
病　　名	
処方年月日	平成　　年　　月　　日
薬の種類	粉薬　水薬　軟膏　その他（　　）
保管方法	室温　冷蔵庫　その他（　　）
薬の内容	風邪薬　抗生物質　咳止め　整腸剤　その他（　　）
与薬時間	食前　食後　食間　その他（　　）
薬の個数	粉薬（　　）包　水薬（　　）個　その他（　　）

受領日	受領時間	受領者サイン	与薬時間	与薬者サイン
／				
／				
／				