一日くすり依頼票（食後のみ）

令和　　年　　月　　日

クラス	園児名
保護者サイン	
病名または症状	病院または医院名 TEL　　（　　）

くすりの種類に〇をつけ、数を（　）の中に書いて下さい。

内服薬	水薬　　粉薬　　その他 （　　）　（　　）　（　　） ＊薬名表又は薬の成分表をご持参ください。
外用薬	塗り薬　　目薬　　その他 ＊部位・左右・方法など

日　　付	受　取　者	与　薬　者
月　　日（　　）		

長期くすり依頼票

令和　　年　　月　　日

※アトピー等でどうしても長期的に預かる必要のある薬のみ、月初めに預かります。月末に確認の為、この用紙のコピーと、一緒に預かった薬を一度お返しします。

クラス	園児名		
保護者サイン		受取者	
病名または症状	病院または医院名 TEL　　（　　）		

塗り薬　その他（　　）

＊薬名、部位・左右・方法など

与薬日（与薬者）			
月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）
月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）
月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）
月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）
月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）
月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）