

令和 年 月 日

与薬依頼書認定こども園
エンゼル幼稚園 様

主治医と相談のうえ、保護者の責任において下記の通り依頼します。

依頼先	認定こども園エンゼル幼稚園		
依頼者	保護者氏名		⑧
	園児名		(組)
病名 (または症状)			
病院名			
病院の電話番号			
受診日	月	日	
与薬時間	食前 ・ 食後 ・ その他 ()		
薬の種類	錠剤 ・ 散薬 ・ 水薬 ・ 軟膏 ・ 点眼薬 その他 ()		
症状 (家庭内での様子)	熱	℃	機 嫌 良 ・ 不良
	咳	あり ・ なし	食 欲 あり ・ なし
	便の状態	普通 やわらかい	下痢気味
	その他		

与薬依頼書

認定こども園
エンゼル幼稚園 様

主治医と相談のうえ、保護者の責任において下記の通り依頼します。

依頼先	認定こども園エンゼル幼稚園		
依頼者	保護者氏名		⑧
	園児名		(組)
病名 (または症状)			
病院名			
病院の電話番号			
受診日	月	日	
与薬時間	食前 ・ 食後 ・ その他 ()		
薬の種類	錠剤 ・ 散薬 ・ 水薬 ・ 軟膏 ・ 点眼薬 その他 ()		
症状 (家庭内での様子)	熱	℃	機 嫌 良 ・ 不良
	咳	あり ・ なし	食 欲 あり ・ なし
	便の状態	普通 やわらかい	下痢気味
	その他		