

～与薬用紙～

成晃ひかり幼稚園

成晃ひかり保育園

令和 年 月 日 ()

クラス _____ 園児名 _____

保護者名 _____

<注意>

- ・薬は医師から処方されたものに限りません。
- ・飲ませる薬は本日分しかお預かりできません。
- ・薬の容器や袋には1つずつ名前を書いてください。
- ・薬は与薬用紙をつけて、職員に渡して下さい。

※ 太枠内は必ずすべて記入して下さい。

病院名	
病名・症状	
薬をもらった日	平成 年 月 日 ()
薬の種類	粉・水・() 数 ()
飲ませ方 (指定がある場合は お知らせ下さい)	
飲む時間	食前 ・ 食間 (時 分) ・ 食後
緊急連絡先	

預かり者名		時	分
与薬者名		時	分
記入者名		時	分

～与薬用紙～

成晃ひかり幼稚園

成晃ひかり保育園

令和 年 月 日 ()

クラス _____ 園児名 _____

保護者名 _____

<注意>

- ・薬は医師から処方されたものに限りません。
- ・飲ませる薬は本日分しかお預かりできません。
- ・薬の容器や袋には1つずつ名前を書いてください。
- ・薬は与薬用紙をつけて、職員に渡して下さい。

※ 太枠内は必ずすべて記入して下さい。

病院名	
病名・症状	
薬をもらった日	平成 年 月 日 ()
薬の種類	粉・水・() 数 ()
飲ませ方 (指定がある場合は お知らせ下さい)	
飲む時間	食前 ・ 食間 (時 分) ・ 食後
緊急連絡先	

預かり者名		時	分
与薬者名		時	分
記入者名		時	分