

投薬願い(1回分)

医師の診断を受けたところ、下記のとおり指示がありましたので、 与薬をお願いします。			
保護者名 _____			印 _____
与薬日	年 月 日()		
クラス名 ()組	子どもの名前		
病院名		TEL	
処方された日	年 月 日()		
病名又は症状			
薬の種類(個数)	・ 粉薬(袋) ・ その他 () ※ 粉薬以外の場合、その他の欄に種類を 記入してください。		
与薬の時間	食前 食後 その他()		
受取者		与薬者	

投薬願い(1回分)

医師の診断を受けたところ、下記のとおり指示がありましたので、 与薬をお願いします。			
保護者名 _____			印 _____
与薬日	年 月 日()		
クラス名 ()組	子どもの名前		
病院名		TEL	
処方された日	年 月 日()		
病名又は症状			
薬の種類(個数)	・ 粉薬(袋) ・ その他 () ※ 粉薬以外の場合、その他の欄に種類を 記入してください。		
与薬の時間	食前 食後 その他()		
受取者		与薬者	