

薬 の 依 頼 票

曾 野 幼 稚 園

依頼年月日	年 月 日 ()	
園児名	組 名前	
受診病院	TEL	
病名・症状	病名:	症状:
薬の内容	剤型 ①粉 ②液(シロップ) ③外用薬 ④その他() 効果 ①抗生物質 ②風邪薬 ③下痢止め ④外用薬 ⑤その他()	
薬の名前		
服用する時	食前 ・ 食後 ・ その他()	
備考		

このことについては、医師の指示にあったとおりですので、投薬をお願いします。

キ リ ト リ (幼稚園)

保護者さまへ

曾野幼稚園

年 月 日 () 時 分

_____ さんに投薬いたしました。

投薬者 _____