

与薬票

パステル保育園

園児名 _____

依頼日	年	月	日
処方日	年	月	日
病院名 * 緊急時に連絡が取れるように記載してください。			
病名または症状			
	薬の種類・時間		保存方法
粉薬	種類・食前・食後		
液	種類・食前・食後		常温・冷蔵
塗薬	種類 ()		常温・冷蔵
点眼	種類 ()		常温・冷蔵

- * お薬は1回分のみお預かりします。
- * 与薬に関しては、保護者の責任とさせていただきます。
- * 薬剤情報提供書がない場合はお預かりできません

保護者氏名 _____ 印 _____

受付職員	与薬時間
	与薬職員

与薬票

パステル保育園

園児名 _____

依頼日	年	月	日
処方日	年	月	日
病院名 * 緊急時に連絡が取れるように記載してください。			
病名または症状			
	薬の種類・時間		保存方法
粉薬	種類・食前・食後		
液	種類・食前・食後		常温・冷蔵
塗薬	種類 ()		常温・冷蔵
点眼	種類 ()		常温・冷蔵

- * お薬は1回分のみお預かりします。
- * 与薬に関しては、保護者の責任とさせていただきます。
- * 薬剤情報提供書がない場合はお預かりできません

保護者氏名 _____ 印 _____

受付職員	与薬時間
	与薬職員