

与薬票

スケッチ保育園

組 氏名

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			
薬剤情報提供書 添付あり・添付なし			
	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
その他	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。

保護者氏名

印

受付職員	与薬時間
	与薬職員

与薬票

スケッチ保育園

組 氏名

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			
薬剤情報提供書 添付あり・添付なし			
	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
その他	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。

保護者氏名

印

受付職員	与薬時間
	与薬職員