

与薬依頼票

年 月 日

依頼先 認定こども園 東別所幼稚園

依頼者 保護者氏名

園児名 組 名前

病院名 病院・医院

主治医

病名（または症状）
（ ）

薬の剤型（該当するものに○）
粉（ ）包）・水薬（ ）目盛）・外用薬（部位 ）
その他（ ）

与薬時間（該当するものに○）
食前・食後・その他（ ）

その他 伝えておきたいこと
（ ）

園記載

受領者サイン 月 日 時 分 印
投与者サイン 印