

☆お薬依頼書☆

函館大谷短期大学附属港認定こども園

()組	平成 年 月 日				
園児名	病名				
保護者名	病院名				
<p>1. 昨夜、今朝の症状（該当するものに○） ・今朝の体温 度 分</p> <p>・機嫌（良・普・悪） ・吐く（有・無） ・せき（有・無）</p> <p>・鼻水（有・無） ・ゼイゼイ（有・無） ・下痢（有・無）</p> <p>・その他【 】</p> <p>※24時間以内に激しい症状が見られた場合は、受診後の登園をお願いいたします。</p>					
<p>2. 薬の種類 粉 ・ シロップ ・ 錠 剤 ・ ぬり薬 ・ 目薬</p>					
<p>3. 薬の用法 食 前 ・ 食 後</p>					
<p>●本日のお迎え時間 時 分頃</p> <p>●本日の緊急連絡先 TEL — —</p> <p>母携帯 ・ 母職場 ・ 父携帯 ・ 父職場 ・ 自宅 ・ その他（ ）</p>	<table border="1"> <tr> <td>受付者</td> <td>投与者</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	受付者	投与者		
受付者	投与者				

※服薬手帳のコピーを添付して保育士等に直接手渡ししてください。

☆お薬依頼書☆

函館大谷短期大学附属港認定こども園

()組	平成 年 月 日				
園児名	病名				
保護者名	病院名				
<p>1. 昨夜、今朝の症状（該当するものに○） ・今朝の体温 度 分</p> <p>・機嫌（良・普・悪） ・吐く（有・無） ・せき（有・無）</p> <p>・鼻水（有・無） ・ゼイゼイ（有・無） ・下痢（有・無）</p> <p>・その他【 】</p> <p>※24時間以内に激しい症状が見られた場合は、受診後の登園をお願いいたします。</p>					
<p>2. 薬の種類 粉 ・ シロップ ・ 錠 剤 ・ ぬり薬 ・ 目薬</p>					
<p>3. 薬の用法 食 前 ・ 食 後</p>					
<p>●本日のお迎え時間 時 分頃</p> <p>●本日の緊急連絡先 TEL — —</p> <p>母携帯 ・ 母職場 ・ 父携帯 ・ 父職場 ・ 自宅 ・ その他（ ）</p>	<table border="1"> <tr> <td>受付者</td> <td>投与者</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	受付者	投与者		
受付者	投与者				

※服薬手帳のコピーを添付して保育士等に直接手渡ししてください。