

病後児保育ルームアリエル お薬依頼票

平成 年 月 日 ()

保護者氏名

児童氏名

薬名	薬の種類	与薬時間と回数	飲み方・使い方	与薬者サイン
	粉・シロップ・坐薬・外用薬			
	粉・シロップ・坐薬・外用薬			
	粉・シロップ・坐薬・外用薬			
臨時薬	薬の種類	最終与薬時間	どのような時に使いますか	
	粉・シロップ・坐薬・外用薬			
	粉・シロップ・坐薬・外用薬			
上記以外に ご自宅で服用されている	薬の種類	最終与薬時間	1日何回か	
	粉・シロップ・坐薬・外用薬			
	粉・シロップ・坐薬・外用薬			

受領者サイン
