

おくすり表 (保護者記載用)

平成 年 月 日 記

子どもの名前	<input type="checkbox"/> もも <input type="checkbox"/> ゆり <input type="checkbox"/> すみれ <input type="checkbox"/> あやめ <input type="checkbox"/> きく	薬持参者名 印
病名または病状	医師名 (病院名)	
その他の注意事項 (特別な使用法等)	薬の種類	<input type="checkbox"/> 抗生剤 <input type="checkbox"/> かぜ薬 <input type="checkbox"/> 咳止め <input type="checkbox"/> 下痢止め <input type="checkbox"/> 粉薬 <input type="checkbox"/> 水薬 <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> 点眼薬 <input type="checkbox"/> 外用薬 <input type="checkbox"/> その他 ( )
投与時間	・ 昼食 <input type="checkbox"/> 前/ <input type="checkbox"/> 後 ・ <input type="checkbox"/> その他 ( 時ごろ)	

園 記 載

受領者サイン	投与者サイン
備考	投与時間 (午前・午後 時 分) 備考

おくすり表 (保護者記載用)

平成 年 月 日 記

子どもの名前	<input type="checkbox"/> もも <input type="checkbox"/> ゆり <input type="checkbox"/> すみれ <input type="checkbox"/> あやめ <input type="checkbox"/> きく	薬持参者名 印
病名または病状	医師名 (病院名)	
その他の注意事項 (特別な使用法等)	薬の種類	<input type="checkbox"/> 抗生剤 <input type="checkbox"/> かぜ薬 <input type="checkbox"/> 咳止め <input type="checkbox"/> 下痢止め <input type="checkbox"/> 粉薬 <input type="checkbox"/> 水薬 <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> 点眼薬 <input type="checkbox"/> 外用薬 <input type="checkbox"/> その他 ( )
投与時間	・ 昼食 <input type="checkbox"/> 前/ <input type="checkbox"/> 後 ・ <input type="checkbox"/> その他 ( 時ごろ)	

園 記 載

受領者サイン	投与者サイン
備考	投与時間 (午前・午後 時 分) 備考

おくすり表 (保護者記載用)

平成 年 月 日 記

子どもの名前	<input type="checkbox"/> もも <input type="checkbox"/> ゆり <input type="checkbox"/> すみれ <input type="checkbox"/> あやめ <input type="checkbox"/> きく	薬持参者名 印
病名または病状	医師名 (病院名)	
その他の注意事項 (特別な使用法等)	薬の種類	<input type="checkbox"/> 抗生剤 <input type="checkbox"/> かぜ薬 <input type="checkbox"/> 咳止め <input type="checkbox"/> 下痢止め <input type="checkbox"/> 粉薬 <input type="checkbox"/> 水薬 <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> 点眼薬 <input type="checkbox"/> 外用薬 <input type="checkbox"/> その他 ( )
投与時間	・ 昼食 <input type="checkbox"/> 前/ <input type="checkbox"/> 後 ・ <input type="checkbox"/> その他 ( 時ごろ)	

園 記 載

受領者サイン	投与者サイン
備考	投与時間 (午前・午後 時 分) 備考