

与薬依頼書

_____組 園児名_____

_____年____月____日生

連絡先（電話）_____

1. 主治医： _____（ _____ 病院・医院） 連絡先（電話）： _____				
2. 病 名：				
3. 持参したくすり (1) 名 称： (2) 使用目的： (3) 剤 型： (飲み薬) 散 ・ シロップ (外用薬) 塗り薬 ・ 貼り薬 ・ 目薬 ・ 坐薬				
4. 保管 室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他（ _____ ）				
5. その他注意事項				
使用日	月 日	月 日	月 日	月 日
受領サイン				
保管サイン				
与薬サイン				
返還サイン				

学校法人西荻学園 西荻学園幼稚園長

年 月 日

保護者名 _____ (印)