

与 薬 願

認定こども園 千葉敬愛短期大学附属幼稚園

下記の園児について病院で加療中のため、登園の際は保護者に代わり、与薬をお願いします。

組名	園児名
病院名	
処方月日	年 月 日 (曜日)
【現在の症状】	

薬の処方内容（該当するものに○印を）

形状	内容
散 (1回 袋)	抗生物質 咳止め 痛み止め
液 (シロップ CC)	下痢止め 鼻止め 抗アレルギー
錠剤 (1回 錠)	頓服 ()
その他 ()	その他 ()

園での与薬時刻（○印や記入を）

・食後 ・食前 ・その他 ()

園での与薬期間

月 日 () ~ 月 日 ()

令和 年 月 日
保護者名 (世帯主) ㊞
電話.....