

与薬依頼票（保護者記載用）

令和 年 月 日

大谷学園幼稚園 園長

保護者 _____ 印

園児名 _____

連絡先（電話） _____

1. 主治医： _____ (_____ 病院・医院)
2. 持病：
3. 持参した薬
1) 薬品名（商品名）： 2) 剤型： 飲み薬： 散（粉薬） ・ シロップ 外用薬： 塗り薬 ・ 座薬 ・ その他（ _____ ） 3) 使用方法（いつ、何時に、どんなときに、など 具体的に書いてください）
4. 保管 室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他（ _____ ）
5. その他注意事項

※注意※ 「与薬に関する主治医意見書」に記載してある薬品名（商品名）以外はお預かり
できません