

医 薬 品 同 意 書

- 1 服用に際して、副作用などの責任は保護者といたします。
- 2 薬は診察した医師が処方したものに限りませ。 (市販薬は対応不可)
- 3 容器、薬包には必ず記名し、1回分のみ持参ください。

組 園児名

上記の者に対し、保護者に代わって下記の与薬をお願いします。

令和 年 月 日

保護者氏名 印

緊急連絡先

病名または症状				
主治医	病院名：	TEL：		
与薬時間	・家庭での最終与薬時間：	午前・午後	時	分
	・園での投薬時間：	昼食前・昼食後・おやつ前・その他 ()		
薬の内容	・抗生物質・咳止め・下痢止め・風邪薬・その他 ()			
注意事項				
園記入欄	与薬時間	時	分	備考
	担当者			

医 薬 品 同 意 書

- 1 服用に際して、副作用などの責任は保護者といたします。
- 2 薬は診察した医師が処方したものに限りませ。 (市販薬は対応不可)
- 3 容器、薬包には必ず記名し、1回分のみ持参ください。

組 園児名

上記の者に対し、保護者に代わって下記の与薬をお願いします。

令和 年 月 日

保護者氏名 印

緊急連絡先

病名または症状				
主治医	病院名：	TEL：		
与薬時間	・家庭での最終与薬時間：	午前・午後	時	分
	・園での投薬時間：	昼食前・昼食後・おやつ前・その他 ()		
薬の内容	・抗生物質・咳止め・下痢止め・風邪薬・その他 ()			
注意事項				
園記入欄	与薬時間	時	分	備考
	担当者			