

与薬票 (保護者記載用)

年 月 日

依頼者	保護者氏名 園児名	クラス	組
病院名	大島町医療センター 他	科	(その他)
主治医			
病名(又は症状)			
(該当するものに○または、明記) (1) 処方日 年 月 日 (2) 保管は 室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他 () (3) 使用する日時 年 月 日 食前 ・ 食後 ・ その他 (時、 時) (4) 外用薬などの使用法・使用部位 (5) その他の注意事項			
保育園記載			
受領者サイン	担当		
投与者サイン	投与時刻	月 日	午前 ・ 午後 時 分
実施状況など			