

医 薬 品 同 意 書

1. 服用に際して、副作用等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ぬ。(市販薬は対応できません。)
3. 容器等には必ず名前を記入し、1回分のみ持参してください。

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。

平成 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			
	・園での与薬 : 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 ・感冒薬 ・その他()			
注意事項				
園記入	与薬時間	時	分	備考
	担当者			

医 薬 品 同 意 書

1. 服用に際して、副作用等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ぬ。(市販薬は対応できません。)
3. 容器等には必ず名前を記入し、1回分のみ持参してください。

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。

平成 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			
	・園での与薬 : 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 ・感冒薬 ・その他()			
注意事項				
園記入	与薬時間	時	分	備考
	担当者			