

## 薬の服用 届書

学南保育園 園長殿 平成 年 月 日

医師の診察を受け、薬の処方がありました。

服薬などによる一切の責任は保護者で持ちますので、次のように薬の服用を宜しくお願い致します。

クラス	組	園児名		
病名				
症状				
薬の内容 □にチェック	<input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 咳止め <input type="checkbox"/> 去痰剤 <input type="checkbox"/> 下痢止め <input type="checkbox"/> 吐き気止め <input type="checkbox"/> その他 ( )			
薬の種類 □にチェック	<input type="checkbox"/> 粉薬	個	<input type="checkbox"/> 水薬	個
服用時間 □にチェック	<input type="checkbox"/> 食 前 <input type="checkbox"/> 食 後 <input type="checkbox"/> その他 ( )			

※薬は、1 回分を持参します。

※必ず、この届書を薬に添え、保育士に手渡しします。

※手渡ししない薬の服用はして頂けないことを了承します。

保護者印  
印

## 薬の服用 届書

学南保育園 園長殿 平成 年 月 日

医師の診察を受け、薬の処方がありました。

服薬などによる一切の責任は保護者で持ちますので、次のように薬の服用を宜しくお願い致します。

クラス	組	園児名		
病名				
症状				
薬の内容 □にチェック	<input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 咳止め <input type="checkbox"/> 去痰剤 <input type="checkbox"/> 下痢止め <input type="checkbox"/> 吐き気止め <input type="checkbox"/> その他 ( )			
薬の種類 □にチェック	<input type="checkbox"/> 粉薬	個	<input type="checkbox"/> 水薬	個
服用時間 □にチェック	<input type="checkbox"/> 食 前 <input type="checkbox"/> 食 後 <input type="checkbox"/> その他 ( )			

※薬は、1 回分を持参します。

※必ず、この届書を薬に添え、保育士に手渡しします。

※手渡ししない薬の服用はして頂けないことを了承します。

保護者印  
印

## 薬の服用 届書

学南保育園 園長殿 平成 年 月 日

医師の診察を受け、薬の処方がありました。

服薬などによる一切の責任は保護者で持ちますので、次のように薬の服用を宜しくお願い致します。

クラス	組	園児名		
病名				
症状				
薬の内容 □にチェック	<input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 咳止め <input type="checkbox"/> 去痰剤 <input type="checkbox"/> 下痢止め <input type="checkbox"/> 吐き気止め <input type="checkbox"/> その他 ( )			
薬の種類 □にチェック	<input type="checkbox"/> 粉薬	個	<input type="checkbox"/> 水薬	個
服用時間 □にチェック	<input type="checkbox"/> 食 前 <input type="checkbox"/> 食 後 <input type="checkbox"/> その他 ( )			

※薬は、1 回分を持参します。

※必ず、この届書を薬に添え、保育士に手渡しします。

※手渡ししない薬の服用はして頂けないことを了承します。

保護者印  
印

## 薬の服用 届書

学南保育園 園長殿 平成 年 月 日

医師の診察を受け、薬の処方がありました。

服薬などによる一切の責任は保護者で持ちますので、次のように薬の服用を宜しくお願い致します。

クラス	組	園児名		
病名				
症状				
薬の内容 □にチェック	<input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 咳止め <input type="checkbox"/> 去痰剤 <input type="checkbox"/> 下痢止め <input type="checkbox"/> 吐き気止め <input type="checkbox"/> その他 ( )			
薬の種類 □にチェック	<input type="checkbox"/> 粉薬	個	<input type="checkbox"/> 水薬	個
服用時間 □にチェック	<input type="checkbox"/> 食 前 <input type="checkbox"/> 食 後 <input type="checkbox"/> その他 ( )			

※薬は、1 回分を持参します。

※必ず、この届書を薬に添え、保育士に手渡しします。

※手渡ししない薬の服用はして頂けないことを了承します。

保護者印  
印