

### 与薬票(1週間・外用薬)

( \_\_\_\_\_ 組) 園児氏名 \_\_\_\_\_

保護者サイン ( \_\_\_\_\_ )

受取者サイン( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日: \_\_\_\_\_ )

アトピー性皮膚炎やアレルギー性結膜炎など、慢性的な病気で医師から処方された薬に限り、1週間の与薬票を使用してお預かりします。なお、薬と用紙は毎日登園時に職員に手渡し、してください。

外用薬の種類 : (軟膏 ・クリーム ・ローション ・その他 \_\_\_\_\_ )  
 外用薬の名前 : ( \_\_\_\_\_ )

塗る場所と時間:

点眼薬は:(両眼 ・右眼 ・左眼)・ 時間(食後・かゆいとき・ \_\_\_\_\_ 時)

月/日	/	/	/	/	/	/
曜日	月	火	水	木	金	土
実施時間						
実施者サイン						

### 与薬票(1週間・外用薬)

( \_\_\_\_\_ 組) 園児氏名 \_\_\_\_\_

保護者サイン ( \_\_\_\_\_ )

受取者サイン( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日: \_\_\_\_\_ )

アトピー性皮膚炎やアレルギー性結膜炎など、慢性的な病気で医師から処方された薬に限り、1週間の与薬票を使用してお預かりします。なお、薬と用紙は毎日登園時に職員に手渡し、してください。

外用薬の種類 : (軟膏 ・クリーム ・ローション ・その他 \_\_\_\_\_ )  
 外用薬の名前 : ( \_\_\_\_\_ )

塗る場所と時間:

点眼薬は:(両眼 ・右眼 ・左眼)・ 時間(食後・かゆいとき・ \_\_\_\_\_ 時)

月/日	/	/	/	/	/	/
曜日	月	火	水	木	金	土
実施時間						
実施者サイン						