

## 与薬のお願い

組

なまえ

保護者名

1.	服用月日	月	日
2.	服用時間 (○印を付ける)		
	食前	食後	食間
3.	内 容 (○印を付ける)		
	風邪薬	咳止め	かゆみ止め
	その他 (		)
4.	受診した病院名	(	)

- ◎薬に名前を書き、この用紙に貼ってください。
- ◎薬は1回の分量とし、医師の処方薬とします。
- ◎解熱剤や市販の薬は取り扱いえません。

## 与薬のお願い

組

なまえ

保護者名

1.	服用月日	月	日
2.	服用時間 (○印を付ける)		
	食前	食後	食間
3.	内 容 (○印を付ける)		
	風邪薬	咳止め	かゆみ止め
	その他 (		)
4.	受診した病院名	(	)

- ◎薬に名前を書き、この用紙に貼ってください。
- ◎薬は1回の分量とし、医師の処方薬とします。
- ◎解熱剤や市販の薬は取り扱いえません。