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えません。