

与薬カード

____年 ____月 ____日 _____組 児童名 _____

病名 _____ 薬名 _____

薬の種類 _____ 散剤・水薬・塗り薬・点眼薬・その他（ _____ ）

内服時間と注意事項 _____

継続して内服するときは

月・日	/	/	/	/	/	/	/
保護者サイン							
与薬者サイン							

※「予薬カード」は保育園で保管します。終了時ご提出ください。

与薬カード

____年 ____月 ____日 _____組 児童名 _____

病名 _____ 薬名 _____

薬の種類 _____ 散剤・水薬・塗り薬・点眼薬・その他（ _____ ）

内服時間と注意事項 _____

継続して内服するときは

月・日	/	/	/	/	/	/	/
保護者サイン							
与薬者サイン							

※「予薬カード」は保育園で保管します。終了時ご提出ください。