

薬服用依頼書

月

組

お名前

日(月)	日(火)	日(水)	日(木)	日(金)

病 名

効 用

薬の種類 ・粉くすり(・水くすり ・その他()

服用時 食後

園に保護者が連絡 してくる ・ してこない

備考(薬をもらった病院等)