

＜ 食物アレルギー ＞

## 内服薬預かり依頼票

クラス名 ( ) 組) 児童名 ( )

\* 薬名、処方日、交換・返却時期をご記入ください。

薬名	処方日	交換・返却時期
	年 月 日	年 月
	年 月 日	年 月
	年 月 日	年 月

- \* 薬は1回分にし、名前を記入してください。
- \* 直接、保育士に手渡ししてください。

**症状チェックシートに基づき、保護者に代わり与薬をお願いします。**

年 月 日 保護者名 ( )

＜保育所記入＞

年 月 日 受領者名 ( )

＜ 食物アレルギー ＞

## 内服薬預かり依頼票

クラス名 ( ) 組) 児童名 ( )

\* 薬名、処方日、交換・返却時期をご記入ください。

薬名	処方日	交換・返却時期
	年 月 日	年 月
	年 月 日	年 月
	年 月 日	年 月

- \* 薬は1回分にし、名前を記入してください。
- \* 直接、保育士に手渡ししてください。

**症状チェックシートに基づき、保護者に代わり与薬をお願いします。**

年 月 日 保護者名 ( )

＜保育所記入＞

年 月 日 受領者名 ( )