

治癒証明書

患者名 _____

病名 _____

上記の者は感染症状がなくなり、集団生活に支障がないことを認める。

平成 年 月 日

呉本庄つくし園園長 殿

医師名

印

治癒証明書

患者名 _____

病名 _____

上記の者は感染症状がなくなり、集団生活に支障がないことを認める。

平成 年 月 日

呉本庄つくし園園長 殿

医師名

印

与薬依頼書

呉本庄つくし園 園長様

クラス		園児名	
記入日		病名	
処方医療機関名			
① 与薬期間	年	月	日～ 年 月 日
② 保管方法	室内 ・ 冷蔵庫 ・ その他 ()		
③ 与薬時間	食前	分	・ 食後 分 その他 ()
④ 与薬の種類	シロップ・ 粉 ・ その他 ()		
⑤ その他注意事項	()		
上記のとおり、与薬を依頼します。 保護者氏名 _____			
留意点	1.与薬できるのは、医師の診断で処方された薬のみです。市販薬は受け付けません。 2.薬の袋または容器に必ず名前を書いてください。 3.与薬は必ず1回分をお願いします。シロップは1回分の容器にして持たせてください。 4.保護者の確認欄にサイン押印し、薬とともに連絡帳にはさんで持たせてください。		

与薬依頼書

具本庄つくし園 園長様

クラス		園児名	
記入日		病名	
処方医療機関名			
⑥ 与薬期間	年	月	日～ 年 月 日
⑦ 保管方法	室内 ・ 冷蔵庫 ・ その他 ()		
⑧ 与薬時間	食前	分	・ 食後 分 その他 ()
⑨ 与薬の種類	シロップ・ 粉 ・ その他 ()		
⑩ その他注意事項	()		
上記のとおり、与薬を依頼します。 保護者氏名 _____			
留意点	1.与薬できるのは、医師の診断で処方された薬のみです。市販薬は受け付けません。 2.薬の袋または容器に必ず名前を書いてください。 3.与薬は必ず1回分をお願いします。シロップは1回分の容器にして持たせてください。 4.保護者の確認欄にサイン押印し、薬とともに連絡帳にはさんで持たせてください。		