

外用薬 与薬票

保護者氏名 _____

園児氏名 _____ クラス名 _____

保管方法: 室温 冷蔵庫 その他

薬の種類: 保湿剤 その他()

薬の形態: 軟膏 クリーム ローション その他()

使用期間: 令和 年 月 日 ~ 月 日

使用の時間帯: 午前 : 午後 :
その他()

部位: _____

与薬日 / サイン

/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/

中城ひらやすこども園

外用薬 与薬票

保護者氏名 _____

園児氏名 _____ クラス名 _____

保管方法: 室温 冷蔵庫 その他

薬の種類: 保湿剤 その他()

薬の形態: 軟膏 クリーム ローション その他()

使用期間: 令和 年 月 日 ~ 月 日

使用の時間帯: 午前 : 午後 :
その他()

部位: _____

与薬日 / サイン

/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/

中城ひらやすこども園