

与薬依頼書

平成 年 月 日 (曜日)

エンゼルキッズ押切 園長殿
エンゼルキッズ名塚

医師の診断を受けたところ、下記のとおり指示がありましたので
薬の服用をお願いします。

組 児童名

保護者名

病 院 名	医院 (病院)		
病 名			
処 方 年 月 日	平成 年 月 日 (曜日)		
効 用	風邪 咳 下痢 中耳炎 その他 ()		
薬 の 種 類 (預かった数)	・粉 (袋) ・液 シロップ (ケース)		
	・外用薬 (個) ・その他 ()		
服 用 時 間	・食前 ・食間 (時) ・昼食後 ・15時 (おやつ 離乳食後) ・その他 ()		
外用薬の使用法			
特 記 事 項			
園 記 載 欄			
薬を受け取った人			
薬を飲ませた人	午前	正午	午後
飲ませた時間	時 分	時 分	時 分

報 告 書

平成 年 月 日 (曜日)

_____さんのお薬は_____が飲ませ (塗り) ました。

学校法人 森友学園
エンゼルキッズ名塚
エンゼルキッズ押切 提出用

治癒証明書

園児氏名 _____

住 所 _____

生 年 月 日 平成 年 月 日

【病 名】

上記の疾病で 平成 年 月 日から
平成 年 月 日の間治療中であったが、主要症状が
解消し、感染の恐れはないものと考えます。

平成 年 月 日

医師 _____ 印