

小平なみき保育園園長殿

令和            年            月            日

園児名 (令和 年 月 日生)

保護者名 (印)

病名	熱性けいれん 気管支喘息 その他の疾患（病名： ）	その他のけいれん性疾患（病名： ） アレルギー性疾患（病名： ）
主治医 連絡先	医療機関名： 連絡先（電話）： 医師名：	
薬名		
種類・量	散剤 1回（ ）包 点眼薬 右・左・両 ※ダイアップ（ ）℃以上で（ ）錠 挿入 水薬 1回（ ）目盛・ ml） 坐薬 1回（ ）本・ mg）	
与薬時間	午前 ・ 午後 （ 時 ・ 時） 食前 ・ 食後 その他（ ）	
保管方法	室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他（ ）	
指示期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
その他 注意事項		

使用日	／	／	／	／	／	／	／
受領サイン							
保管サイン							
与薬サイン							