

Medication request form

内服介助依頼書

日新こども園
Date year month day
依頼日: 2019年 4月 8日
guardian's name
保護者名: 日新 太郎

Please give the following child medication Dr. prescribed as shown
下記のとおり医師の処方を受けましたので、薬を与えてください。

class クラス: ひよこ	childs name 園児名: 日新 花子
hospital name 受診医院 日新こども医院	Phone TEL: 1234-56-7890
Doctor's name (医師)名: 宮崎 市子 先生	
disease name or symptoms 病名(又は症状) 喘息	
prescription date 処方年月日 2019/4/6 5日間	
薬の種類 medication 気管支拡張薬、抗アレルギー薬、咳止め <small>example: antiallergic drug, cough suppressants etc</small>	
薬の内容 type of drug 粉薬、水薬、塗り薬など <small>example: powder, ointment etc</small>	
使用する日時 date and time of use 4月8日・4月10日	
注意事項 Precaution	
date	日付 4/8 / / / / / /
time	時間 7時30分
sign	確認サイン
sign	確認サイン
guardian	保護者
ご記入の上職員に薬剤情報提供書と一緒に回数をお渡しください。	

内服介助依頼書

日新こども園
依頼日: 年 月 日
保護者名:

下記のとおり医師の処方を受けましたので、薬を与えてください。

クラス:	園児名:
受診医院	
(医師)名:	TEL
病名(又は症状)	
処方年月日	
薬の種類	
薬の内容	
使用する日時	
注意事項	
日付	/ / / / / / / /
時間	
確認サイン	
確認サイン	
保護者	
ご記入の上職員に薬剤情報提供書と一緒に回数をお渡しください。	

Please fill in this form then give 'one dose' and 'the drug information provision' to our staff