

# 与薬証明書

緑の家保育園

組 名前

疾患名

症状

薬の名前

薬の効果

薬の種類

水薬 ( ml)

散薬

軟膏

点眼薬

与薬時間

食前

食後

食間

時間おき

月 日より 日間

保育中の与薬の必要があることを認めます

年 月 日

医師 住所

氏名

(印)

1. 本証明書は、止むを得ず保育中に与薬を必要と認めた時に限り発行します
2. 薬は1回分のみお持ちください。また、薬には名前と日付を記入して下さい

園長	主任	看護師	担当