

薬についての届出書（食前用）

令和 年 月 日

組 児童名

医師または病院名 ()

病 名 ()

薬の内容・・・耳・のど・鼻・その ()

薬の形態・・・錠剤・液体・目薬・塗り薬（部位：)

薬を飲む時間・・・ 昼食前

その他注意すること ()

お願い

- ✿ この届出書がない場合はお預かりできません。
- ✿ 薬は一回分の量にしてお持ち下さい。
- ✿ 名前を必ず大きく書いて下さい。