

依頼日 令和 年 月 日

認定こども園花高幼稚園 園長殿

投薬依頼書

保護者氏名 _____ (印)

次の園児について、医師との相談の結果やむを得ず、保育時間中の投薬が必要となりました。
 つきましては、別紙の注意事項を承認の上、保護者の責任において、下記の要領で投薬を行っていただきたく、依頼いたします。

園児名		クラス	
医療機関名			
	TEL	担当医師名【 】	
処方医療機関名	TEL		
病名			
薬名			
薬の種類	粉薬・水薬・錠剤・点眼薬・塗り薬・貼り薬・座薬(別途、指示書が必要)・その他 ()		
投薬方法	投薬する時間	昼食前 ・ 昼食後 ・ 食間 (時頃)	
	1回量		
投薬日	令和 年 月 日		
保管方法	常温 ・ 冷蔵 ・ その他 ()		
家庭での投薬時間	時	分頃	※最低でも4時間空けて飲ませます。

投薬時間	時	分	投薬担当者	
------	---	---	-------	--

令和 年 月 日

投薬時間	時	分	投薬担当者	
------	---	---	-------	--

認定こども園花高幼稚園