

投薬依頼書

大田こまどり幼稚園園長殿

医師との相談の結果、やむを得ず幼稚園での保育中、投薬が必要になりました。
保護者の責任において、幼稚園での投薬を行っていただきたく依頼します。

依頼日 令和 年 月 日 ~ 日

	園長		受付者	
保護者名				
クラス・園児名				
医療機関名 (主治医)				
病名 (症状)				
投薬方法 (用法・用量等)	・薬の名前 _____ ・薬の種類 (錠剤・粉末・点眼・点鼻・点耳 ホクナリンテープ・塗り薬) ・服用時間 食 (前・中・後) 分 ・服用方法 そのまま水で溶く 他 _____ ・点耳 (右・左 滴) ・点鼻 (右・左 滴) ・点眼 (右・左 滴)			
保存方法	・常温 ・冷蔵庫 ・その他 ()			

※幼稚園記入欄

月	日	時	分	投薬者	印
---	---	---	---	-----	---

投薬依頼書

大田こまどり幼稚園園長殿

医師との相談の結果、やむを得ず幼稚園での保育中、投薬が必要になりました。
保護者の責任において、幼稚園での投薬を行っていただきたく依頼します。

依頼日 令和 年 月 日 ~ 日

	園長		受付者	
保護者名				
クラス・園児名				
医療機関名 (主治医)				
病名 (症状)				
投薬方法 (用法・用量等)	・薬の名前 _____ ・薬の種類 (錠剤・粉末・点眼・点鼻・点耳 ホクナリンテープ・塗り薬) ・服用時間 食 (前・中・後) 分 ・服用方法 そのまま水で溶く 他 _____ ・点耳 (右・左 滴) ・点鼻 (右・左 滴) ・点眼 (右・左 滴)			
保存方法	・常温 ・冷蔵庫 ・その他 ()			

※幼稚園記入欄

月	日	時	分	投薬者	印
---	---	---	---	-----	---