

受 取 者

投薬依頼書

医師の指示により、やむを得ず保育時間内における投薬が必要となったため、保護者の責任において、園での投薬をお願いします。

(お薬の説明書等を添付します)

依頼日 令和 年 月 日 組

園児名 保護者名

医療機関名	(TEL)
病 名	
薬 の 名 前	① ② ③

薬 の 種 類	投薬方法 (用法・用量等)	処方日
内 服 薬	時間 食 (前 ・ 間 ・ 後) 1回 () 袋 服用方法 そのまま 水で溶く その他	/
塗 り 薬	回数 () 回 (時間) 患部 ()	/
点 眼 薬	回数 () 回 (時間) 患部 右目 ・ 左目	/
そ の 他		/
* 保存方法	室温 ・ 要冷蔵 ・ その他 ()	

投 薬 希 望 日	/	/	/	/	/	/
投 薬 者 サ イ ン						

認定こども園はくちよう幼稚園

受 取 者

投薬依頼書

医師の指示により、やむを得ず保育時間内における投薬が必要となったため、保護者の責任において、園での投薬をお願いします。

(お薬の説明書等を添付します)

依頼日 令和 年 月 日 組

園児名 保護者名

医療機関名	(TEL)
病 名	
薬 の 名 前	① ② ③

薬 の 種 類	投薬方法 (用法・用量等)	処方日
内 服 薬	時間 食 (前 ・ 間 ・ 後) 1回 () 袋 服用方法 そのまま 水で溶く その他	/
塗 り 薬	回数 () 回 (時間) 患部 ()	/
点 眼 薬	回数 () 回 (時間) 患部 右目 ・ 左目	/
そ の 他		/
* 保存方法	室温 ・ 要冷蔵 ・ その他 ()	

投 薬 希 望 日	/	/	/	/	/	/
投 薬 者 サ イ ン						

認定こども園はくちよう幼稚園

