粉浜学園々長様

受付者

依頼日　　年　　月　　日

投　薬　依　頼　書

医師の診察結果、下記の病気の為保育時間中の投薬が必要となりました。
つきましては、保護者の責任において、下記の要領で、投薬を行って頂きたく依頼致します。

保護者名	印		
園児名		クラス名	

薬①			
医療機関名		医療機関TEL	
病名		薬名	
薬の種類	錠剤・粉薬・水薬・点し薬・塗り薬・貼り薬・座薬・その他（　　）		
投薬方法	投薬する時	食前・食間・食後・症状（　　）があるとき	
		その他（　　）	
投薬期間	年　月　日　～　年　月　日		
その他留意事項			

薬②			
医療機関名		医療機関TEL	
病名		薬名	
薬の種類	錠剤・粉薬・水薬・点し薬・塗り薬・貼り薬・座薬・その他（　　）		
投薬方法	投薬する時	食前・食間・食後・症状（　　）があるとき	
		その他（　　）	
投薬期間	年　月　日　～　年　月　日		
その他留意事項			

薬③			
医療機関名		医療機関TEL	
病名		薬名	
薬の種類	錠剤・粉薬・水薬・点し薬・塗り薬・貼り薬・座薬・その他（　　）		
投薬方法	投薬する時	食前・食間・食後・症状（　　）があるとき	
		その他（　　）	
投薬期間	年　月　日　～　年　月　日		
その他留意事項			

保育園記入欄

薬①・薬②・薬③	月　日　時　分	投薬者　印
薬①・薬②・薬③	月　日　時　分	投薬者　印
薬①・薬②・薬③	月　日　時　分	投薬者　印
薬①・薬②・薬③	月　日　時　分	投薬者　印
薬①・薬②・薬③	月　日　時　分	投薬者　印
薬①・薬②・薬③	月　日　時　分	投薬者　印
薬①・薬②・薬③	月　日　時　分	投薬者　印