

# 投 薬 依 頼 書

令和 年 月 日

くまの幼稚園長 様

クラス名 \_\_\_\_\_

園 児 名 \_\_\_\_\_

保護者名 \_\_\_\_\_ 印

下記のとおり、保護者に代わり投薬をお願いします。

1 処方医又は病院名	TEL
2 処方する時間	食前 食後 その他 ( 時 分頃)
3 薬の内容・形状	薬剤名 ( ) 粉 シロップ 点眼薬 軟膏
4 症 状 (家庭での様子)	体温 度

注1) 必要事項をご記入の上、該当事項を○で囲み、保護者の押印をお願いします。

注2) この依頼書は投薬する日ごとに薬と一緒に提出してください。

注3) 医師の処方した薬に限ります。

上記のことを確認の上、職員に直接手渡してください。

# 投 薬 依 頼 書

令和 年 月 日

くまの幼稚園長 様

クラス名 \_\_\_\_\_

園 児 名 \_\_\_\_\_

保護者名 \_\_\_\_\_ 印

下記のとおり、保護者に代わり投薬をお願いします。

1 処方医又は病院名	TEL
2 処方する時間	食前 食後 その他 ( 時 分頃)
3 薬の内容・形状	薬剤名 ( ) 粉 シロップ 点眼薬 軟膏
4 症 状 (家庭での様子)	体温 度

注1) 必要事項をご記入の上、該当事項を○で囲み、保護者の押印をお願いします。

注2) この依頼書は投薬する日ごとに薬と一緒に提出してください。

注3) 医師の処方した薬に限ります。

上記のことを確認の上、職員に直接手渡してください。