

薬投与依頼書

こてはし台幼稚園長様

依頼日 令和 年 月 日

組 園児名

保護者名

医師の診察の結果、下記の病気のため投薬が必要と診断されましたので、幼稚園で投薬を行って頂きたく依頼致します。

該当項目に記載、または○をつけて下さい。

病名	
投薬期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
薬の種類	粉薬 錠剤 水薬 塗り薬 目薬 その他()
投薬時間	食前 食後 その他()

<注意事項>

- ・内服薬は昼の当日分（1回分）のみ、液（シロップ）も別容器に入れて1回分お持ちください。
- ・薬はジップロック等の袋に入れて持参して頂けると助かります。
- ・1回分の薬の袋、液（シロップ）の容器に名前（フルネーム）と日付を記入してください。
- ・投薬後、空の袋や容器は袋に入れてお返しします。