

依頼日 年 月 日

投薬依頼書

行田幼稚園 殿

受診の結果、医師より下記の指示がありましたので、お願いします。

園児名	組	保護者名	印
処方を受けた医療機関名			
電話番号 <small>(緊急時に連絡がとれるよう、記載してください)</small>			
病名または症状			
投薬期間 年 月 日 ~ 月 日			
内服薬			
①	粉	シロップ	錠剤 (食前 食後 その他)
②	粉	シロップ	錠剤 (食前 食後 その他)
③	粉	シロップ	錠剤 (食前 食後 その他)
④	粉	シロップ	錠剤 (食前 食後 その他)
外用薬	患部	時間	
目薬	点眼： 両目・ 右のみ・ 左のみ	時間	
くすりの飲ませ方・外用剤の使用方法			
その他の注意事項			
この薬を幼稚園の教職員が園児に投与することに関して万が一事故等が起きても、行田幼稚園への責任は問いません。			
* 内服薬は、必ず一回分だけ持ってきてください。			
* 内服薬が複数の場合には、それぞれ①②③④と記入してください。			
* 薬には、組 園児名を記名し、必ず教職員に手渡しをお願いします。			