

依頼日 令和 年 月 日

すずらん幼稚園

園長 小堤小夜子 様

投 薬 依 頼 書

保護者氏名 _____ 印

電 話 _____

携帯電話 _____

次の園児については、医師との相談の結果、指示により、やむを得ず園での保育時間中における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、園での園児に対する投薬を下記により、行っていただきたく依頼いたします。

園 児 名		クラス名								
医療機関名	電話	担当医師名								
病名又は症状										
薬の種類	粉薬	水薬	錠剤	その他()						
内服薬 (1)	服用時間	食前	・	食間	・	食後	分	月	日	
	服用方法							から		
	備 考							月	日	
内服薬 (2)	服用時間	食前	・	食間	・	食後	分	月	日	
	服用方法 vb4							から		
	備 考							月	日	
そ の 他								月	日	
								から		
								月	日	