

投薬依頼書

真駒内幼稚園

| | | | |
|-------------|---|-----|----------|
| 保護者名 | ⑩ | 依頼日 | 令和 年 月 日 |
| フリガナ | | 年齢 | クラス |
| 園児名 | | 歳 月 | 組 |
| 病院名 | 病院（医院） TEL | | |
| 診断名 （症状） | | | |
| 薬の種類 | 粉末 シロップ 外用薬 その他（ ） ※処方箋も一緒にご提出ください。 | | |
| 薬の内容 | 咳止め 風邪薬 目薬 その他（ ） | | |
| 投薬期間 | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ※目薬については開封後の期限がありますので、必ずご記入ください。 | | |
| 投薬時間 | 食前 ・ 食間 ・ 食後 ・ 時 分 ・ その他（ ） | | |
| 特記事項 | | | |

※上記の欄のみご記入ください。

※薬については保護者の管理責任で服用することが基本です。
園でお薬は預かりませんがアレルギー性結膜炎等にご相談ください。

| 幼稚園記載欄 | | | |
|--------|----------|-----|--|
| 受領日 | 令和 年 月 日 | 受領者 | |
| 特記事項 | | | |
| 投薬記録 | | | |