

《投薬依頼書》

西原町立西原こども園
令和 年 月 日

医師の診察を受けた所、下記のとおり指示がありましたのでお願いいたします。

記

*必要な個所は○で囲んで下さい。

クラス名		保護者氏名	
園児名			
医院・病院名			
薬の用途	風邪・咳・下痢止め・中耳炎・抗アレルギー剤 点眼薬・その他()		
薬の種類	粉袋・液 個(シロップ)・外用薬 その他()		
与薬方法	食前・食間(時間)・食後 その他()		
服用日	令和 年 月 日() から 令和 年 月 日() まで		
特記事項			
園記載	受領者サイン:		
	与薬者サイン:		

*必ず1回分に分け、職員に手渡しして下さい。

*薬にクラス名と名前を記入して下さい。

*医師の診断による処方薬に限ります。

(処方箋の写しをこの用紙の裏に添付して下さい)