

投薬依頼書

記入日： 年 月 日

組 名前

1) 病名

2) 薬名と内容 ①.....

②.....

③.....

(計 種類)

3) 投薬期間 月 日 ~ 月 日 (日間)

※職員記入欄

1日目	2日目	3日目	4日目	5日目

4) かかりつけ病院名

《確認事項》 *病院から処方された薬のみ受け付けます。
*薬は一日ごとに持ってきてください。
(シロップ類も一日分だけ計ってください。)
*投薬によって副作用があった場合等の責任は園では負いかねます。

*確認事項に同意をし、サインをしてください。

年 月 日

保護者名

印

みらい幼稚園

投薬依頼書

記入日： 年 月 日

組 名前

1) 病名

2) 薬名と内容 ①.....

②.....

③.....

(計 種類)

3) 投薬期間 月 日 ~ 月 日 (日間)

※職員記入欄

1日目	2日目	3日目	4日目	5日目

4) かかりつけ病院名

《確認事項》 *病院から処方された薬のみ受け付けます。
*薬は一日ごとに持ってきてください。
(シロップ類も一日分だけ計ってください。)
*投薬によって副作用があった場合等の責任は園では負いかねます。

*確認事項に同意をし、サインをしてください。

年 月 日

保護者名

印

みらい幼稚園