

投薬依頼書

Milky Way International Preschool 本八幡校 園長殿

Milky Way International Preschool 本八幡校在籍の

[] くん

(投薬対象園児名)

ちゃんに関し、下記の通りの投薬を指示します。

(医療機関名)

(医療機関電話番号)

(医師名)

(印)

診断名			
処方日	年	月	日
依頼期間	年	月	日のみ・から 月 日
薬の種類	粉末	包/1回	そのまま飲む・少量の水に溶いて
	シロップ	ml/1回	目薬 左目・右目・両目
	軟膏	部位:()	
	その他		
投薬時間	昼食前	昼食後	時間指定 (:)
	おやつ前	おやつ後	その他 ()
備考欄			

- ・投薬依頼書とともに薬剤情報提供書のコピーをお持ちください。
- ・内服薬は（粉薬、シロップ）は、1回分ずつの小分けにしてお持ちください。
- ・投薬依頼書と記名したジッパー付き袋（薬と薬剤情報提供書のコピーを入れる。）を登園時に職員へ必ず手渡ししてください。**※手渡しではない場合、投薬いたしかねますのでご承知おきください。**
- ・薬の袋および容器には氏名を記入してください。
- ・市販薬のお預かりはしておりません。

これより以下は保護者が記入

医師の診断の結果、薬の投与が必要となりました。上記の通り、保護者に代わり投薬を依頼します。

尚、この投薬により、何か異常な事態が生じても、園への責任は問いません。

年 月 日 保護者氏名

(印)