

薬の投与依頼書

みそら保育園 園長 様

平成 年 月 日

医師の診断をうけたところ、下記の通り指示がありましたので薬の投与をお願いします。

〔保護者氏名〕 _____ 印

下記の項目を記入し、今日1回分の薬といっしょに保育士にお渡し下さい。

〔児 童 名〕 _____

〔ク ラ ス 名〕 _____

〔病 名又は症 状〕 _____

〔処方した病院名〕 _____

〔薬 の 種 類〕 粉 薬 水 薬 塗 り 薬 目 薬
その他〔 _____ 〕

〔薬 の 保 管〕 室 温 冷 蔵 庫
その他〔 _____ 〕

〔投 与 薬 時 間〕 食 前 食 後 食 間
その他〔 _____ 〕

〔投与期間〕 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日

| 月 日 | | | | |
|-----------|--|--|--|--|
| 薬を受け取った先生 | | | | |
| 朝投与した時間 | | | | |
| 薬を投与した先生 | | | | |
| 薬を投与した時間 | | | | |