

投薬依頼書

足利くるみ幼稚園宛

依頼日 平成 年 月 日

下記の通り投薬をお願い致します。

- 1 期間 月 日 () ~ 月 日 () _____日
- 2 病名 (または症状) ()
病院名 ()
- 3 薬の処方内容 (該当事項に○で囲むまたは記入して下さい。)
 - ・ 粉1回 袋 ・ 塗り薬 ()
 - ・ 貼り薬 ()
 - ・ シロップ (必ず1回分) ・ 点眼薬 (回・ 時)
 - ・ その他 ()
- 4 服用する方は○印で囲んで下さい。
 - ・ そのまま
 - ・ 水で溶く
 - ・ その他 ()
- 5 ※熱性痙攣の座薬においては保護者に連絡してからの使用となります。
緊急連絡先 () 続柄 ()
 - ・ 座薬・熱の上昇時 () °C以上で使用
 - ・ その他 ()

クラス _____ 園児名 _____

保護者名 _____ 印 _____