

投薬依頼書（1回分）

いそはら幼稚園 園長様

次の園児については、医師の相談の結果、指示により、やむを得ず、園での保育時間中における投薬が必要となりました。

つきましては、保護者の責任において幼稚園での園児に対する投薬を下記により、行っていただきたく依頼します。

依頼日時 年 月 日

保護者名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

クラス		園児名	
医療機関名		医療機関	
担当医氏名		電話番号	
朝薬を飲ませた時間 時 分（4時間はあけて飲ませます。）			
薬の種類	内服薬（粉・シロップ）	服用する数	
	塗り薬 目薬 その他（ ）	種類	
服用時間	食前 食後		
その他時間			

※保護者の署名捺印のない依頼書はお預かりできません。

[注意事項]

- ①処方箋があれば提出下さい。
- ②薬を入れた容器や袋には必ず園児名を記載して下さい。  
内服薬が複数の場合には、名前と番号を記載して下さい。
- ③薬はおたより帳のポケットに1回分だけ入れてください。  
ぺんぎん・きりん・ぱんだ・りす・ひよこ組はおたより帳を入れるケースに入れてください。お弁当の袋には入れないでください。
- ④座薬、市販薬の薬は投薬できません。

投薬依頼書（1回分）

いそはら幼稚園 園長様

次の園児については、医師の相談の結果、指示により、やむを得ず、園での保育時間中における投薬が必要となりました。

つきましては、保護者の責任において幼稚園での園児に対する投薬を下記により、行っていただきたく依頼します。

依頼日時 年 月 日

保護者名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

クラス		園児名	
医療機関名		医療機関	
担当医氏名		電話番号	
朝薬を飲ませた時間 時 分（4時間はあけて飲ませます。）			
薬の種類	内服薬（粉・シロップ）	服用する数	
	塗り薬 目薬 その他（ ）	種類	
服用時間	食前 食後		
その他時間			

※保護者の署名捺印のない依頼書はお預かりできません。

[注意事項]

- ①処方箋があれば提出下さい。
- ②薬を入れた容器や袋には必ず園児名を記載して下さい。  
内服薬が複数の場合には、名前と番号を記載して下さい。
- ③薬はおたより帳のポケットに1回分だけ入れてください。  
ぺんぎん・きりん・ぱんだ・りす・ひよこ組はおたより帳を入れるケースに入れてください。お弁当の袋には入れないでください。
- ④座薬、市販薬の薬は投薬できません。