

投薬依頼書

学校法人聖メリー学園小ばと幼稚園の保育時間内に、下記の理由のため、下記のように投薬をお願いいたします。

平成 年 月 日

クラス名	
園児名	
生年月日	
体重	
保護者名	(印)
病名(症状)	
薬の種類	例: 抗生物質 等
剤形	例: 錠剤
用量	例: 1錠、10cc
時間	例: 食後
期間	例: 一週間
その他	* アレルギー等注意すべきことがあれば記入してください

処方を受けた病院名

電 話

担当医師名 (科)

* 必要事項を記入の上、薬と一緒に担任もしくはバス担当職員まで直接お渡しく
ださい。(1回分に薬を分けて下さい。)