

投薬依頼書



ひのではばたきこども園 様

医師の指示により、やむを得ず保育期間中における投薬依頼及び投薬等が必要となりましたので、保護者の責任において貴こども園で投薬を行っていただきますようお願いします。

依頼日：令和 年 月 日（ 曜日）

クラス名： 園児名：

保護者名： 印

医療機関名	
薬の種類	粉薬 錠剤 シロップ 点眼 塗薬 その他（ ）
投薬の時期	給食前 給食後 その他（ ）
連絡事項	

【注意事項】

- ◎薬の袋や容器にもクラス名・園児名を記入してください。
- ◎市販は対応しかねます。（医療機関で処方されたもののみ対応します）
- ◎保護者印は必ずお願いします。（記入もれがあった場合は対応出来ない場合があります）
- ◎処理後確認のため、この依頼書はご返却いたします。

担任印（処理終了印）

投薬依頼書



ひのではばたきこども園 様

医師の指示により、やむを得ず保育期間中における投薬依頼及び投薬等が必要となりましたので、保護者の責任において貴こども園で投薬を行っていただきますようお願いします。

依頼日：令和 年 月 日（ 曜日）

クラス名： 園児名：

保護者名： 印

医療機関名	
薬の種類	粉薬 錠剤 シロップ 点眼 塗薬 その他（ ）
投薬の時期	給食前 給食後 その他（ ）
連絡事項	

【注意事項】

- ◎薬の袋や容器にもクラス名・園児名を記入してください。
- ◎市販は対応しかねます。（医療機関で処方されたもののみ対応します）
- ◎保護者印は必ずお願いします。（記入もれがあった場合は対応出来ない場合があります）
- ◎処理後確認のため、この依頼書はご返却いたします。

担任印（処理終了印）