

令和 年 月 日

伊達市梁川認定こども園 園長 様

住所
保護者氏名
連絡先

【与薬の依頼票】

医師の診断を受けたところ下記の通り指示がありましたのでこども園での投薬をお願いします。

園 組		氏名			
受診した病院名				処方月日	令和 年 月 日
病名および症状					
薬の取扱について	薬の種類	飲み薬		その他の薬	
		<input type="checkbox"/> 水薬(種)			
		<input type="checkbox"/> 粉薬(種)			
	<input type="checkbox"/> 錠剤(種)				
投薬時間	<input type="checkbox"/> 昼食前		<input type="checkbox"/> 時 分頃		
	<input type="checkbox"/> 昼食後		<input type="checkbox"/> その他		
	<input type="checkbox"/> その他(時 分頃)				

- 薬は1回分量を持参し、それぞれに名前を書いてください。
- 口頭でも説明のうえ、必ず職員に手渡ししてください。
- 依頼票はペンまたはボールペンで記入してください。

こども園記載

日付	令和 年 月 日
受付者名	
投薬者名	