

## 【薬の依頼票】

幼稚園長 宛

年 月 日提出

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幼稚園での投与をお願いします。

クラス	組	氏名		保護者名	
受診した病院名			処方月日	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)			
	投与時間	<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。
- 依頼票はペンまたはボールペンで記入し、必ず担任に手渡ししてください。記入漏れのないようお願いします。
- 昼食の時間は午前11:00～午後1:00の間、約1時間とっております。学年、クラス、行事などにより時間は変わりますので、正確な投与時間をお知りになりたい方は、担任にお尋ねください。

切り取り線

〔幼稚園記載〕

平成 年 月 日

ご依頼がありました通り、薬を服用させましたのでお知らせいたします。

投与者サイン	投与時間	備考
	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他 ( 時 分頃)	