

投薬依頼書

認定こども園

佐賀女子短期大学付属 ふたばこども園 園長様

依頼日：平成 年 月 日

クラス：

園児氏名：

保護者氏名： ⑩

下記の要領で、子どもに薬を飲ませていただくようお願いいたします。

記

1. 症状

2. 薬の形状・量

※該当する番号に○をつけてください。1回分の量を記入してください。

※特別な理由ではない限り、園で薬を保管いたしませんので、お手数ですが毎回必要な量を持たせて下さい。

① 粉薬 1回分 袋

② 錠薬 1回分 錠

③ 水薬 1回分の量

④ 塗り薬 塗る箇所：

1回分の量(めやす)：

⑤ 目薬 両眼・右・左 ()滴

⑥ その他

3. 飲ませる日時 ①平成 年 月 日～平成 年 月 日

※薬の変更がある場合はもう一度提出して下さい。

② 昼食前 ・ 昼食間 ・ 昼食後

③ その他(時間指定など)

4. その他注意事項(ご心配な点等、詳しく書いてください)

以上 よろしくお願ひします。

なお、何らかのトラブルが生じた場合、園に責任を問わないことを誓約いたします。