

投薬依頼書

Milky Way International School 市川南校 園長 殿

Milky Way International Preschool 在籍の

[]

くん

ちゃんに関し、下記の通りの投薬を指示します。

(投薬対象児名)

(医療機関名)

(医療機関 電話番号)

(医師名)

(印)

病名			
薬の種別	投薬方法 (用法・用量等)	投薬期間	処方された日
内服薬①	時間: 昼食(前・間・後) 夕食(前・間・後) 方法: そのまま 水で溶く その他()	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日
内服薬②	時間: 昼食(前・間・後) 夕食(前・間・後) 方法: そのまま 水で溶く その他()	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日
塗り薬	回数: 回 (いつ: 患部: ()	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日
点眼薬	回数: 回 (いつ: 患部: (左目・右目)	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日
		年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日

※慢性疾患のため医師が必要と判断された場合、最長6か月間の預かり依頼ができます。

医師の指示により、やむを得ず保育時間中における投薬が必要となりましたので園での園児に対する投薬を行って頂きたく、上記内容を保護者の責任で依頼致します。

年 月 日 保護者氏名

(印)