

# 投薬依頼書

Milky Way International Nursery School市川新田校 園長 殿

Milky Way International Nursery School市川新田校 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)<br>夕食(前・間・後)<br>方法: そのまま 水で溶く その他( ) | 年 月 日<br>~ 年 月 日 | 年 月 日  |
| 内服薬② | 時間: 昼食(前・間・後)<br>夕食(前・間・後)<br>方法: そのまま 水で溶く その他( ) | 年 月 日<br>~ 年 月 日 | 年 月 日  |
| 塗り薬  | 回数: 回 (いつ:<br>患部: ( )                              | 年 月 日<br>~ 年 月 日 | 年 月 日  |
| 点眼薬  | 回数: 回 (いつ:<br>患部: ( 左目・右目 )                        | 年 月 日<br>~ 年 月 日 | 年 月 日  |
|      |  | 年 月 日<br>~ 年 月 日 | 年 月 日  |

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い、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)