

投薬依頼書

Milky Way International Nursery Center 下総中山校 園長 殿

Milky Way International Nursery Center 下総中山校在籍の

〔 〕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)	園での投薬が必要な期間	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

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)