

投薬依頼票

みつばこども園

年 月 日

クラス：ひよこ・めぐみ・のぞみ・あい・ひかり・つばさ	保護者名： _____ 印	
園児名：		
病院名：		
病名(または症状)：		
投薬期間：	年 月 日 から	年 月 日 まで
*該当するものに○で囲んでください		
保管方法	室温・冷蔵庫・その他(_____)	
くすりの種類	粉・液(シロップ)・外用薬・その他(_____)	
くすりの内容	抗生物質・整腸剤・かぜ薬(咳・鼻水)	
	その他(_____)	
使用する時間	給食前・給食後・その他(_____)	
外用薬	軟膏(クリーム)・目薬・耳薬・湿布薬・その他(_____)	
外用薬の使用法		

園記入欄	月日	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	受けた人									
	投薬者									

(注意) *市販の薬は、持たせないでください。
 *病院からの薬も保護者の了解の上で飲ませることとなっていますので、
 投薬依頼票は必ず提出してください。
 * 1 回分量でお願いします。