

投薬(内服薬・外用薬)依頼書

平成 年 月 日

認定こども園 リーチェル幼稚園 園長宛

組 園児名 \_\_\_\_\_

保護者名 \_\_\_\_\_ (印)

医師の診断を受けたところ、下記のとおり指示がありましたので、お願い致します。

病院名		TEL	
担当医師名			
薬局名		TEL	
病名又は症状			
使用期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日 食前 食後 その他( )		
薬の内容	粉 液(シロップ) 外用薬(点眼・軟膏)(軟膏塗布部位: ) その他( )		
外用薬の使用方法			
その他注意事項			

◎保護者依頼印

依頼日	/	/	/	/	/	/	/
保護者サイン							

◎園記入欄

受領日	/	/	/	/	/	/	/
受領者							
投与日	/	/	/	/	/	/	/
投与時刻							
投与者							

\* 薬剤情報提供書(処方箋)等を添えて、直接職員に手渡しでお願いいたします。