

投薬依頼書

小岩駅前みつばち保育園 園長 殿

氏名	年齢 才
病名	(外傷の場合は部位も詳細に記入ください)
医療機関名	Tel
医師名	⑩
薬局名	Tel
薬の種類	粉 ・ シロップ ・ その他 ()
持参した薬の量	(例:粉 2種類各 2袋・シロップ 1種類等)
服用期間	年 月 日～ 年 月 日 (日間予定)
服用時間	昼食 (前・後) おやつ (前・後) 軽食 (前・後) その他 ()
服用方法 (例:白湯に溶かしスプーンで等)	
注意事項 (例:飲ませるとき嫌がるので・・・等)	

※上記の通り投薬をお願いします。

尚、依頼をした薬の服用で万一事故等が起きても

貴施設の過失以外、一切意義申し立てはいたしません。

保護者名 _____ 印