

与薬依頼票

Kids'Garden さかいすぎのこ 園長 殿

令和 年 月 日

保護者に代わり、こども園での投薬をお願いいたします。

園児名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者名 _____ 印

赤枠内は医師による記入が必要です。

病名・症状	
薬名・作用	
投薬時間	昼食前 ・ 昼食後 ・ その他 ()
指示期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ※定期的に医師の診察を受けること。 ※原則として、与薬終了時は医師の診察を受けること。 ※与薬依頼可能期間は最長で1年間です。(年度終了まで)
保管方法	室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他 ()
特記事項	(使用方法・注意事項 等)

医療機関名

医師名

印

園・記入欄

投薬日時・サイン

/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()