お薬連絡票（投薬依頼書）

医師との相談の結果、医師の指示によりこども園での保育時間における投薬が必要になりましたので、保護者の責任において、瞳ヶ丘こども園での投薬を依頼します。

依頼日　　年　　月　　日

保護者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

クラス名		園児名	

病名・症状	
医療機関名 担当医師名	
処方日	年　　月　　日
薬の種類	粉・液（シロップ）・錠剤・点眼薬・外用薬・坐薬 その他（　　）
薬の保管	室温・冷蔵庫・その他（　　）
服用期間	年　　月　　日～　　年　　月　　日
服用時間	食前　・　食後　・　その他（　　）
薬の飲ませ方 又は使用方法	そのまま　・　水で溶く その他（　　）
注意事項	

＊こども園記入欄

投薬依頼日	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／
受領者印												
投薬者印												
受渡し者印												