投 薬 依 頼 書

認定こども園北見藤幼稚園
園 長 様

園長	主任	担任	受付職員	

この度、医師との相談の結果、園での保育時間中に下記園児に投薬が必要となりました。
つきましては、本来私が投薬しなければならないところですが、投薬する時間に来園
出来ませんので、下記の方法により投薬を行っていただきたく依頼致します。

依頼日　令和3年11月8日

保護者名　北見 藤子　北見

期間　11月8日 ～ 11月 12日(5日間)

ひまわり 組　　園児名　北見 藤太

医療機関名　北見藤小児科　　処方日　令和3年11月6日

担当医師名　藤山 太郎　　病 名　鼻水・咳

■投薬の方法■

投薬の時間

・昼食前 ＿＿＿＿＿＿ 分前

・昼食後 30 分以内

・その他 時 分 頃 ( )

時 分 頃 ( )

薬の種類

内服薬	液状(シロップ)・粉
外用薬	薬名(塗り薬・他( )
	症状 アトピー・他( )

※お薬の確認の為、投薬する薬の処方日が分かる書類をお持ち下さい。
処方日の確認が出来ない場合、投薬を受け付けられない場合があります。

■保護者から園に連絡事項■

例)粉薬とシロップを混ぜて飲ませてください。

■園での投薬状況■

/ : 与薬者印	/ : 与薬者印	/ : 与薬者印	/ : 与薬者印	/ : 与薬者印	/ : 与薬者印	/ : 与薬者印	/ : 与薬者印	/ : 与薬者印	/ : 与薬者印
/ : 与薬者印	/ : 与薬者印	/ : 与薬者印	/ : 与薬者印	/ : 与薬者印	/ : 与薬者印	/ : 与薬者印	/ : 与薬者印	/ : 与薬者印	/ : 与薬者印