

令和 年 月 日

新検見川幼稚園
園長先生

薬投与のお願い

下記の通り _____ 組名前 _____ への

* 投薬する病名 (_____)

薬の投与を委託したく、お願い申し上げます。

住所 _____

保護者名 _____ 印

記

期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日まで

* できるだけ薬品名をご記入ください。

粉薬(_____)	包を昼食	前	後
液体薬(_____)	を昼食	前	後
薬品・投与 錠剤薬(_____)	錠を昼食	前	後
塗り薬(_____)	} 患部の場所(_____)		
貼り薬(_____)			

注意事項

[_____]

※使用上、特に注意することがある場合は詳しく記入して下さい。
 医師から処方された薬に限ります。(市販薬はお預かりできません)
 ※1回分ずつ名前を書いて持たせて下さい。
 ※なるべく投薬はご家庭にてお願いいたします。
 ※薬によってはお受けできない場合もあります。
 (食物アレルギーの治療薬インタールや座薬など)