

## 投薬依頼書

新小岩さくら保育園 園長 殿

氏名	クラス	年齢	歳
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		
薬局名	Tel		
薬の種類	粉 ・ シロップ ・ その他 ( )		
薬の量	(例:粉 2種類各 2袋・シロップ 1種類等)		
服用日	年 月 日 ( )		
服用時間	昼食 (前・後) おやつ (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

保護者返却用 ※保育士記入欄なので記入しないでください

服用日 ( 年 月 日 曜日)

時間 午前・午後 時 分

服用方法 ( )

職員名 ( 印 )

投薬済貼り付け欄

新小岩さくら保育園