

投薬依頼書

小岩駅前桜華保育園 園長 殿

氏名	年齢 歳
病名	(外傷の場合は部位も詳細にご記入下さい)
医療機関名	TEL
医師名	Ⓔ
薬局名	TEL
薬の種類	粉 ・ シロップ ・ 塗り薬 ・ その他()
持参した薬の量	(例: 粉2種類、シロップ1種類) ※一回分のみ預かります
服用期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間予定)
服用時間	昼食(前・後) おやつ(前・後) 軽食(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	(嫌がる時の飲ませ方等)

※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。

保護者氏名 _____ Ⓔ