

投 薬 願 書

川崎保育園 園長様

令和 年 月 日

() 組 園児名 ()

生年月日 平成 年 月 日
令和

保護者名 () 印)

病 名

発 病 令和 年 月 日

令和 年 月 日より全身状態に心配はなくなりましたので登園させますが、医師より下記の処方を受けていますので保育園で投薬をお願いします。

投 薬 指 示 書

空欄に記入、及び該当するものを○でかこんでください。

- ・ 剤型 散剤 顆粒 シロップ 錠剤 カプセル
軟膏 その他 ()
- ・ 薬品名
- ・ 用法 1日 回 食前 食間 食後 時間毎
- ・ 量 1回 ml 包 (錠) ずつ
- ・ 注意事項 (投薬上の)

医療機関名 _____

担当医師名 _____

投薬について (※ 園記入欄)

	薬受取者	投薬者
日		
日		
日		
日		
日		
日		

- ・ これは保護者の方がご記入ください。
- ・ お子さんの安全のためにぜひご協力ください。
- ・ 投薬上の注意事項については、詳しく説明してください。
- ・ 投薬書どおりの投薬における事故については、園では責任を負いかねます。