

薬投与依頼書

クラス名

園児氏名

性別： 男 ・ 女

年 齢 歳 （ 年 月 日生 ）

病 名

病院名

投薬期間 年 月 日 ～ 年 月 日

既 往 歴 気管支喘息・アトピー性皮膚炎・熱性痙攣
てんかん・先天性心臓病・卵白アレルギー
食物アレルギー （ ）
その他特記事項：

上記の園児は、病院にて投薬治療を行っております。1日に3回の薬の投与が必要とされていますので、昼間の薬の投与をお願い致します。

※ 成分表も一緒に提出下さい。（成分表が必要な際はコピーをお願いします。）

投 薬 内 容

シロップ剤	1回分	（	色）
粉 薬	包	（	色）
錠 剤	個	（	色）

年 月 日

保護者名

印