年　　月　　日

認定こども園　春木カトリック幼稚園殿

薬服用の依頼書

＿＿＿＿医院＿＿＿＿科＿＿＿＿医師より、

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿の為に使用するよう、指示された薬ですので１回分を服用または塗布して下さい。

（この依頼書通りに服用または塗布することについて保護者が責任を持ちます。）

溶連菌感染症のように継続して服用しなければならない場合、または医師の指示により、服用しなければならない抗生剤やステロイド内服薬は園で服用をお受けします。

投薬種類：　水薬・散薬・外用薬・その他（　　）

投薬時間：　食前・食後・その他（　　）

期　　間：　＿＿月＿＿日～　＿＿月＿＿日の＿＿日間

＿＿＿＿組　園児氏名＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

お願い　　※連絡帳にも薬持参の旨を一言お書き添え下さい。

- 薬は必ず**１回分**を持たせて下さい。
- 容器・袋などに**氏名を記入**してください。
- 用紙に記入漏れがない場合、また１回分ではない場合は**飲ませることが出来ません**のでご注意ください。

※職員投薬確認記入欄

日付	時間	確認者	日付	時間	確認者