

## 投薬・与薬依頼書

令和 年 月 日

認定こども園ぱっか  
園長様

保護者氏名 \_\_\_\_\_

園児名 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

医師の診察の結果、園での保育時間中に与薬が必要となりました。  
下記のとおり、保護者にかわり、園での与薬を依頼いたします。

診断名・症状	
主治医	病院・医院 電話 -
与薬の時間	食前 食後 食間 その他 ( )
薬の種類	<input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> 粉 <input type="checkbox"/> 液・シロップ <input type="checkbox"/> 外用薬 <input type="checkbox"/> その他 ( )
その他	

※必要項目をご記入のうえ、保護者の押印をお願いします。

※薬は医師の処方によるもののみで、市販薬はお受けしません。

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

与薬の記録	月 日 午後・午前 時 分に与薬しました。
	与薬者氏名 _____ 印