

### 薬投与のお願い

下記の通り \_\_\_\_\_ 組 \_\_\_\_\_ 名前 \_\_\_\_\_ への薬の

投与を委託したくお願い申し上げます。

住 所 \_\_\_\_\_

保護者名 \_\_\_\_\_ 印

### 記

期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで

\*1日1回に限ります。\*薬袋(1包)にも名前をご記入ください。

病 名と症 状 \_\_\_\_\_

- |     |                |             |          |              |
|-----|----------------|-------------|----------|--------------|
|     | ・粉 薬 ( _____ ) | _____ 包を昼食  | 前 後      | 又は ( _____ ) |
| 薬品名 | ・液体薬 ( _____ ) | _____ mlを昼食 | 前 後      | 又は ( _____ ) |
|     | ・錠剤薬 ( _____ ) | _____ 錠を昼食  | 前 後      | 又は ( _____ ) |
|     | ・軟 膏 ( _____ ) | どこに _____   | いつ _____ |              |
|     | ・エピペン (保管のみ)   |             |          |              |

※対象の項目に丸印をお付けください。

注意事項

[ \_\_\_\_\_ ]