

# 投薬依頼書

OBPキッズオアシス

|      |     |    |       |
|------|-----|----|-------|
| クラス名 | 園児名 | 性別 | 生年月日  |
| 組    |     |    | 年 月 日 |

|    |  |
|----|--|
| 病名 |  |
| 症状 |  |

|              |  |
|--------------|--|
| 保育園で投薬が必要な理由 |  |
|--------------|--|

|      |               |    |
|------|---------------|----|
| 投薬期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | 日間 |
|------|---------------|----|

| 処方薬 | 保育園での使用用量・日時 | 保管場所 |
|-----|--------------|------|
|     |              |      |
|     |              |      |
|     |              |      |
|     |              |      |
|     |              |      |

|          |  |
|----------|--|
| 外用薬の使用方法 |  |
|----------|--|

|      |  |
|------|--|
| 注意事項 |  |
|------|--|

記入日 年 月 日

医療機関名

主治医

印