

保育所（園）・幼稚園への投薬依頼書です。
保護者の方がお書きになり、担任までお届けください。

投薬依頼書

提出年月日 令和 年 月 日

うつぶき保育園 園長様

保護者名
組名 組
園児名

医師の診察の結果、下記の病気のため投薬が必要と診断されましたので、別添「与薬依頼書」のとおり、園での投薬をお願いいたします。

★診断名（下記の該当する病名に○をつけてください。）

01 感冒（かぜ） 02 咽頭炎 03 へんとう炎 04 気管支炎 05 気管支喘息
06 喘息性気管支炎 07 乳児嘔吐下痢症 08 感染性胃腸炎 09 周期性嘔吐症
10 中耳炎（急性・滲出性） 11 伝染性膿痂疹（とびひ）
12 溶連菌感染症 13 熱性けいれん 14 アトピー性皮膚炎
15 結膜炎（急性・アレルギー性） 16 その他（ ）

投薬した医療機関名： 電話（ ） —
FAX（ ） —

投薬期間：令和 年 月 日～ 日間

最終受診日：令和 年 月 日

備考



保育所（園）・幼稚園への投薬依頼書です。
保護者の方がお書きになり、担任までお届けください。

投薬依頼書

提出年月日 令和 年 月 日

うつぶき保育園 園長様

保護者名
組名 組
園児名

医師の診察の結果、下記の病気のため投薬が必要と診断されましたので、別添「与薬依頼書」のとおり、園での投薬をお願いいたします。

★診断名（下記の該当する病名に○をつけてください。）

01 感冒（かぜ） 02 咽頭炎 03 へんとう炎 04 気管支炎 05 気管支喘息
06 喘息性気管支炎 07 乳児嘔吐下痢症 08 感染性胃腸炎 09 周期性嘔吐症
10 中耳炎（急性・滲出性） 11 伝染性膿痂疹（とびひ）
12 溶連菌感染症 13 熱性けいれん 14 アトピー性皮膚炎
15 結膜炎（急性・アレルギー性） 16 その他（ ）

投薬した医療機関名： 電話（ ） —
FAX（ ） —

投薬期間：令和 年 月 日～ 日間

最終受診日：令和 年 月 日

備考