

投薬依頼・情報書

医師記入欄	
園児名	
医療機関名 (主治医)	<p style="text-align: center;">病院 _____ 先生 (印)</p> <p>(緊急時に連絡がとれるように記載してください) TEL _____</p>
病名 (症状)	
薬の種類	
投薬方法 (用法・用量)	<p>・服用時間 食 (前・中・後) ・点眼 (右・左 滴)</p> <p>・その他 ()</p>

幼稚園記入欄					
月	日	時	分	投薬者サイン	
月	日	時	分	投薬者サイン	
月	日	時	分	投薬者サイン	
月	日	時	分	投薬者サイン	
月	日	時	分	投薬者サイン	
月	日	時	分	投薬者サイン	
月	日	時	分	投薬者サイン	

※処方内容に変更がなければ、本書の有効期限は原則として処方日から7日以内です。

※処方内容の変更があれば、新規の投薬依頼・情報書をご提出ください。

学校法人ツルタ芸術学園
ツルタみとま幼稚園