

園への投薬依頼書です。

保護者の方にお書きになり、担任までお届けください。

投薬依頼書

平成 年 月 日

認定こども園 倉吉幼稚園 園長様

クラス名
園児名
組

医師の診察の結果、下記の病気のため投薬が必要とされましたので、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を○でかこんでください。)

- | | | | |
|-----------------|--------------------|-----------------|---------|
| 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:

投薬期間: 年 月 日 ~ 日間

最終受診日: 年 月 日 備考

園への投薬依頼書です。

保護者の方にお書きになり、担任までお届けください。

投薬依頼書

平成 年 月 日

認定こども園 倉吉幼稚園 園長様

クラス名
園児名
組

医師の診察の結果、下記の病気のため投薬が必要とされましたので、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を○でかこんでください。)

- | | | | |
|-----------------|--------------------|-----------------|---------|
| 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:

投薬期間: 年 月 日 ~ 日間

最終受診日: 年 月 日 備考

園への投薬依頼書です。

保護者の方にお書きになり、担任までお届けください。

投薬依頼書

平成 年 月 日

認定こども園 倉吉幼稚園 園長様

クラス名
園児名
組

医師の診察の結果、下記の病気のため投薬が必要とされましたので、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を○でかこんでください。)

- | | | | |
|-----------------|--------------------|-----------------|---------|
| 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:

投薬期間: 年 月 日 ~ 日間

最終受診日: 年 月 日 備考

園への投薬依頼書です。

保護者の方にお書きになり、担任までお届けください。

投薬依頼書

平成 年 月 日

認定こども園 倉吉幼稚園 園長様

クラス名
園児名
組

医師の診察の結果、下記の病気のため投薬が必要とされましたので、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を○でかこんでください。)

- | | | | |
|-----------------|--------------------|-----------------|---------|
| 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:

投薬期間: 年 月 日 ~ 日間

最終受診日: 年 月 日 備考