

《医師用》

園への投薬依頼書（長期）です。

かかりつけの医師に記入してもらい、担任までお届けください。

投薬依頼書（長期）

平成 年 月 日

認定こども園 倉吉幼稚園 園長様

園児氏名 _____

医師の診察の結果、下記の病気のため長期の投薬が必要とされましたので、園での投薬をお願いします。

★診断名（下記の該当する病気を○でかこんでください。）

- | | | | |
|----------------|-------------------|----------------|---------|
| 01 感冒（かぜ） | 02 咽喉炎 | 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（ | | | ） |

○投薬期間について

1か月 ・ 3か月 ・ 6か月 ・ 1年 ・ その他（ ）

医療機関名 _____

医師名 _____

印