≪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をしてもらい、担任までお届けください。

**投薬依頼書（長期）**

令和　　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〇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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

〇投薬期間について

　　　1か月　・　3か月　・　6か月　・　1年　・　その他（　　　　　）

医療機関名

医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞