

筑紫野市病児保育事業投薬依頼書

年 月 日			
キッズケア二日市 (山田小児科医院) 御中			
保護者氏名 _____			
次の児童について、保護者に代わって投薬をお願いします。			
児童名			
生年月日	年 月 日	性別	男・女
薬剤情報提供書または、お薬手帳を添付してください。			
自宅での投薬	なし・あり (薬の名称 _____) (投薬時間 _____ 時 _____ 分頃)		
受領者サイン			
投 薬 時 刻			
①	時 分投薬	投薬者サイン _____	
②	時 分投薬	投薬者サイン _____	
③	時 分投薬	投薬者サイン _____	
備考			

キッズケア二日市 (山田小児科医院) (092-924-2288)

筑紫野市健康福祉部保育児童課保育児童担当 (092-923-1111 内線 412・413・414・415)