

投 薬 依 頼 書

岩崎保育園 園長様

次の園児については、医師と相談の結果、指示によりやむを得ず、園での保育時間中における投薬が必要になりました。

つきましては、保護者の責任において、園での園児に対する投薬を下記により、行って頂きたいと依頼致します。

依頼日			年	月	日から	月	日まで
保護者名							
クラス名	組						
園児名	(年 月 日生)						
医療機関名							医療機関電話番号
担当医師名							
病名							
薬の種類	投薬時間・投薬方法等						薬の処方された日
内服薬①	服用時間	食（前・後）その他の時間（ ）					月 日
内服薬②	服用時間	食（前・後）その他の時間（ ）					月 日
内服薬③	服用時間	食（前・後）その他の時間（ ）					月 日
塗り薬	回数	回（時間 ）				患部（ ）	月 日
点眼薬	回数	回（時間 ）				患部（右目・左目・両目）	月 日
その他							月 日

※保護者の署名捺印のない依頼書はお預かりできません。

【注意事項】誤飲を避けるため、以下のことをお守りください。

- 1、お薬内容書を一緒に添えてご提出下さい。
- 2、薬は小袋に入れ、内服薬や容器には必ず日付と園児名を記名すると共に、内服薬が複数の場合には、それぞれ①②③と番号を記載して下さい。
- 3、シロップ薬は、小容器に一日分のみ入れ持たせて下さい。
- 4、座薬・解熱剤・鎮痛剤・市販の薬は投薬できません。

月/日	曜	朝の投薬時間	受取者	投薬予定時間	投薬者	投薬時間
/	月					
/	火					
/	水					
/	木					
/	金					
/	土					

*午後から帰られる場合（午後からのお薬）は、保護者の方で投薬をお願いします。

*この投薬依頼書は、保育園で保管しますので、最後は保育園にお戻しください。