

# 投薬依頼書

日の出幼稚園 殿

受診の結果、医師より下記の指示がありましたので、お願いします。

園児名		保護者名	印
処方を受けた医療機関名			
電話番号（緊急時に連絡がとれるよう、記載してください）			
病名または症状			
投薬期間	年	月	日 ~ 月 日
内服薬	① 粉	シロップ	錠剤（食前 食後 その他
	② 粉	シロップ	錠剤（食前 食後 その他
	③ 粉	シロップ	錠剤（食前 食後 その他
	④ 粉	シロップ	錠剤（食前 食後 その他
外用剤	患部		時間
目薬	点眼：	両目・ 右のみ・ 左のみ	時間
くすりの飲ませ方・外用剤の使用方法			
その他の注意事項			
この薬を幼稚園の教職員が園児に投与することに関して、万が一事故等が起きても、日の出幼稚園への責任は問いません。			
* 内服薬は、必ず一回分だけ持ってきてください。			
* 内服薬が複数の場合には、それぞれ①②③④と記入してください。			
* 薬には、園児名を記名し、必ず教職員に手渡しをお願いします。			
月 日	投与時間	投与者	投与した薬、投与方法
月 日	:		
月 日	:		
月 日	:		