

投薬依頼書

日の出幼稚園 殿

依頼日 年 月 日

医師の診察を受けたところ、指示によりやむを得ず保育時間中に投薬が必要となりました。つきましては保護者の責任において、幼稚園での投薬を下記により行っていただきたく依頼します。（医師が処方した薬で処方箋を持参します）

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			
薬の処方日 年 月 日 （処方日数 日分）			
投薬期間 年 月 日 ～ 月 日			
薬の種類		服用方法	飲み薬内容
内服薬	① 粉 シロップ 錠剤	そのまま・水で溶く・その他（	抗生物質 ・ 咳止め ・ 整腸剤 その他（
	② 粉 シロップ 錠剤	そのまま・水で溶く・その他（	抗生物質 ・ 咳止め ・ 整腸剤 その他（
	③ 粉 シロップ 錠剤	そのまま・水で溶く・その他（	抗生物質 ・ 咳止め ・ 整腸剤 その他（
	④ 粉 シロップ 錠剤	そのまま・水で溶く・その他（	抗生物質 ・ 咳止め ・ 整腸剤 その他（
投薬時間	昼食前 昼食後 その他（		
塗り薬	塗る場所	使用方法	
目薬	両目・ 右のみ・ 左のみ	使用時間	
その他の注意事項			
* 処方内容に変更がなければこの「依頼書」の有効期限は5日です。6日目から、または処方内容に変更がある場合は、新たに「投薬依頼書」をご提出ください。			
* 内服薬は、必ず一回分だけ持ってきてください。容器、または袋に名前の記入をしてください。			
* 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。			

保護者確認事項

- ①上記の内容は正確であり、記入漏れはありません。
- ②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、日の出幼稚園及び投薬に関わった者への責任は問いません。

幼稚園記載欄

投薬日	／	／	／	／	／
投薬者サイン					