

投薬依頼書

摩耶保育園 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、保育園での保育時間中における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、保育園での園児に対する投薬を下記により、行っていただきたく依頼いたします。

依頼日 令和 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	薬を処方された日
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(左目・右目)	月 日
その他		月 日

※保護者の署名の無い依頼書はお預かりできません。

【注意事項】 誤飲を避ける為、以下のことをお守りください。

- 1 薬剤情報提供書を一緒に添えてご提出ください。
- 2 薬を入れた容器や内服薬・外袋には必ず園児名を記載するとともに、内服薬が複数の場合にはそれぞれ(1)(2)(3)と番号を記載してください。
- 3 座薬、解熱剤、鎮静剤、市販の薬は投薬できません。