

投薬依頼書取り扱い注意

- * 医師と相談の結果、どうしても保育時間内に投薬の必要があり、また保護者が投薬のために来園することが困難な場合、右の「投薬依頼書提出用」を中央から切り取って、医療機関で投薬の指示をお願いしてください。
- * 証明欄の上段、「依頼日」「保護者名」また欄内の「クラス名」「園児名」また「朝薬を飲ませた時間」は保護者の方で記入してってください。
- * 下の欄は、医師の証明後、保護者の控え用としてお使いください。

クラス名	園児名
病名・症状	
朝 薬を飲ませた時間 時 分	
薬の種別	・内服薬（粉 ・ シロップ） ・塗り薬 ・目薬 ・その他（ ）
薬の内容	抗生物質・気管支拡張剤・咳鼻水止め・胃腸薬・下痢止め ・その他（ ）
備考	
服用時間	・食前 ・食後 ・（ ）
投薬期間	月 日 ～ 月 日 の期間

医療機関名 _____ 医師名 _____

〔注意事項〕

1. 薬を入れた容器や袋には必ず日付・園児名を記載して下さい。
2. 依頼書はお便り帳にはさんでお持たせ下さい。
3. 1 回分だけお持たせ下さい。
4. お薬説明書がありましたら、写しをお持ちください。
5. 投薬依頼書は医療機関によっては有料となります。

投薬依頼書(提出用)

開進幼稚園 開進こども園 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・こども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 平成 年 月 日

保護者名 _____ 印 _____ は保護者記入

クラス名	園児名
病名・症状	
朝 薬を飲ませた時間 時 分	
薬の種別	・内服薬（粉 ・ シロップ） ・塗り薬 ・目薬 ・その他（ ）
薬の内容	抗生物質・気管支拡張剤・咳鼻水止め・胃腸薬・下痢止め ・その他（ ）
備考	
服用時間	・食前 ・食後 ・（ ）
投薬期間	月 日 ～ 月 日 の期間

上記、投薬の指示は相違ありません。

医療機関名 _____

担当医師名 _____ 印

※医師の署名・捺印のない依頼書はお預かりできません。

〔注意事項〕

1. 薬を入れた容器や袋には必ず日付・園児名を記載して下さい。
2. 依頼書はお便り帳にはさんでお持たせ下さい。
3. 1 回分だけお持たせ下さい。
4. お薬説明書がありましたら、写しをお持ちください。
5. 投薬依頼書は医療機関によっては有料となります。