

投薬依頼書

つばさ保育園
園長 毛谷村裕子 殿

次の園児については医師との相談の結果、指示によりやむ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、保護者の責任に於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します。

依頼日 令和 年 月 日

園児名 :

保護者名 : 印

(緊急連絡先 :)

医療機関名(担当医師名) :

病名 :

薬の種別	服薬方法(用法・用量等)	薬が処方された日
内服①	服用時間 昼食(前・間・後)その他() 服用方法 そのまま・水で溶く・その他	月 日 日分
内服②	服用時間 昼食(前・間・後)その他() 服用方法 そのまま・水で溶く・その他	月 日 日分
塗り薬	回数(保育園で塗る) 回(時間) 患部 ()	月 日 約 日分
点眼	回数 回(時間) 患部 (右目・左目・両目)	月 日 約 日分

<注意事項>

- ①医師から処方された薬に限りお預かりします。調剤薬局からの薬の説明書がある場合には、園の職員にも見せてください。
- ②薬を入れた容器や袋には、必ず日付・クラス・園児名(フルネーム)を記述し、内服など複数の場合はそれぞれ(1)(2)と記載して下さい。
- ③心臓疾患、喘息、アレルギーなどで投薬が必要となる場合には、医師の診断書の提出が必要となりますので、事前に保育園と相談して下さい。

日付・曜日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
受付者名						
投薬者名						
投薬時間						