

投薬依頼書

依頼日 平成 年 月 日

認定こども園 リズム幼稚園 園長殿

保護者氏名 _____ 印

次の園児については、医師との相談の結果やむを得ず、指示により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、下記の要領で園での投薬を行うように依頼いたします。

医師記入欄

医療機関名		担当医師名		印
園児名				
病名・病状				
薬の内容	・抗生物質 ・咳止め ・下痢止め ・整腸剤 ・外用薬（ 塗り薬 ・点眼 ） ・その他（ ）			
薬名	投薬時間			
①	・食前 ・食間 ・食後 ・その他（ ）			
②	・食前 ・食間 ・食後 ・その他（ ）			
③	・食前 ・食間 ・食後 ・その他（ ）			
投薬期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日			

注意事項

園では、原則的に投薬は行いません。ただし、医師の指示によりやむを得ず昼食時等に服用しなければならず、投薬依頼書を園に提出した場合のみ投薬致します。

- 薬を入れた容器や袋には必ず園児名を記載して下さい。
- 内服薬などが複数の場合には、番号を記載してください。
- 解熱剤、市販の薬は、投薬できません。

園記入欄

	受領者	投薬時間	投薬者
月 日		:	
月 日		:	
月 日		:	
月 日		:	
月 日		:	