

投薬依頼書

依頼日 平成 年 月 日

中和田幼稚園長殿

保護者名

印

TEL() -

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、園での児童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。

園名・組名	園 組	
園児名	(平成 年 月 日生)	
医療機関名 (担当医師名)	TEL() -	
病名		
薬の種別	投薬方法(用法・用量等)	薬の処方された日
内服薬①	服用時間 食前・食間・食後 分	月 日
	服用方法 そのまま・水で溶く・()	
内服薬②	服用時間 食前・食間・食後 分	月 日
	服用方法 そのまま・水で溶く・()	
塗り薬	回数 回(時間)	月 日
	患部()	
点眼薬	回数 回(時間)	月 日
	患部(左目・右目)	

【注意事項】

- (1) 薬局などから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、必ず園児名を記載してください。
- (3) 内服薬などが複数の場合には、それぞれ①②と区別できるように記載してください。
- (4) 心臓疾患、ぜんそく、アレルギーなどで投薬が必要となる場合には、医師の診断書の提が必要となりますので、事前にご相談ください。

処	受		投	
理	付		薬	