

## 投 薬 依 頼 届

保護者名 \_\_\_\_\_ (印)

下記園児については、保育時間中に医師の指示により投薬が必要となりました。つきましては、保護者の責任の元、以下の要領で投薬を行うよう依頼致します。

園児名		クラス	
病院名	担当医【 _____ 】		
病名			
症状			
薬の種類	内服薬 (錠剤 ・ 粉薬 ・ シロップ ・ カプセル) 外用薬 (塗り薬 ・ 貼り薬) その他 ( _____ )		
投薬時間	食前 ・ 食後 ・ 指定時間 ( _____ )		
処方量	一回につき ( _____ )		
投薬期間	年 月 日 ~ 年 月 日 まで ※処方箋の日数までを期限と致します。		
特記事項			

- ・ 薬は医師の処方によるものに限ります。(市販薬はお受け致しません。)
- ・ 医師からの処方でも座薬の使用は、原則として行いません。やむを得ず使用する場合は、医師からの具体的な指示書を添付して下さい。
- ・ 「通院証明書(またはそれに準ずるもの)」と「薬剤情報提供書」の原本をご提出下さい。(コピー後に返却します。)
- ・ 投薬依頼書にご記入後、必ず保護者の方のご署名をお願い致します。
- ・ 薬の袋・容器には必ずクラス・名前のご記入をお願い致します。薬が複数ある場合はそれぞれ記載をお願い致します。水薬は、記名した小さな容器に1回分を移して手渡しください。
- ・ 投薬依頼書・薬・通院証明書・薬剤情報提供書は必ず4つを1つの袋に入れて、直接職員に手渡しをお願い致します。通園バスをご利用の方はバス担当者に直接お渡し下さい。二日目以降は、一日分の薬のみをお渡しください。
- ・ 当園での薬の服用に際し、園では一切の責任を負いません事を承諾頂いております。

若葉こども学園

	月 日分	月 日分	月 日分	月 日分	月 日分
園の控え	薬受取者： 投薬者：	薬受取者： 投薬者：	薬受取者： 投薬者：	薬受取者： 投薬者：	薬受取者： 投薬者：
投薬証明	月 日分を 時 分に が 投薬しました。	月 日分を 時 分に が 投薬しました。	月 日分を 時 分に が 投薬しました。	月 日分を 時 分に が 投薬しました。	月 日分を 時 分に が 投薬しました。

