

投 薬 依 頼 書

鹿児島おおとり幼稚園園長 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、幼稚園の保育時間中における投薬が必要になりました。

つきましては、保護者の責任において、幼稚園での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	平成	年	月	日	
保護者名					印
組 名	組				
園児名	(平成 年 月 日生)				
医療機関名 (担当医師名)	(電話 :)				
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 服用方法	食 (前 ・ 間 ・ 後) 分 そのまま 水で溶く その他	月 日		
内服薬 (2)	服用時間 服用方法	食 (前 ・ 間 ・ 後) 分 そのまま 水で溶く その他	月 日		
塗り薬	回数 患部 (回 (時間))	月 日		
点眼薬	回数 患部 (右目 ・ 左目)	回 (時間))	月 日		
その他				月 日	
【注意事項】					
〈1〉 薬局などからの薬の説明書がある場合には、提出してください。(コピー可) 〈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〉 内服薬等が複数の場合は、それぞれ内服薬 (1)、内服薬 (2) に記載してください。 〈4〉 心臓疾患、喘息、アレルギー等で投薬が必要となる場合には、投薬依頼書の他、医師の診断書の提出が必要となります。 〈5〉 園での継続的な投薬が必要な場合には、医師による理由書の添付をお願いします。 〈6〉 投薬により、万が一事故が生じた場合、園または保育者は責任を負いません。					

受領者	投薬者	確認者