

依頼日 年 月 日

市川学園第2幼稚園
園長 大平 夏子 様

投薬依頼書

保護者名： 印

次の園児について、医師と相談の結果やむを得ず、保育時間中の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、下記の要領で、投薬を行って頂きたく依頼致します。
なお、後日の結果により、園や職員の責任を追及することはありませんので、よろしくお願ひ致します。

園児名		クラス名	
医療機関名			
	TEL	担当医師名：	
病名			
薬の種別	投薬方法	保管方法	投薬者名（投薬時間）
内服薬 1 薬名	服用時間：食前・食間・食後 分 服用方法：そのまま・水で溶く ()	冷蔵庫・室温	
内服薬 2 薬名	服用時間：食前・食間・食後 分 服用方法：そのまま・水で溶く ()	冷蔵庫・室温	
塗り薬	回数： 回（時間） 患部：	冷蔵庫・室温	
点眼薬	回数： 回（時間） 患部：（左目・右目・両目）	冷蔵庫・室温	
その他			

（注）

- 1)薬は医師の処方によるものに限ります。（売薬は、原則お受けしません）
- 2)薬は1回分ずつ分け、容器や袋には必ず園児名とクラス名を記載して下さい。
- 3)ぜんそく、熱性けいれん、アレルギーなどで投薬が必要な場合は、医師の診断書の提出が必要です。事前にご相談下さい。
- 4)園は大勢の子どもを限られた数の職員で対応しています。常に突発事案の可能性があるため、可能な範囲での対応となり、状況によっては要望どおり対応できないこともあります。