

投薬依頼書

(学) こすず幼稚園 園長 殿

令和 年 月 日 ()

下記の園児について、医師との相談の結果、やむを得ず幼稚園活動時間内の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投薬をお願いしたく、届け出致します。

組 園児名		平成 年 月 日生	
投薬実施日 令和 年 月 日		保護者名	
病 名	医療機関名		
	担当医師名		印
薬の種類	内服薬 (シロップ 粉 錠剤) 点眼薬 点鼻薬 その他 ()		
昼食前	時頃	シロップ cc ・粉 包 ・錠剤 錠 ・その他	
昼食後	時頃	シロップ cc ・粉 包 ・錠剤 錠 ・その他	
その他	時頃	シロップ cc ・粉 包 ・錠剤 錠 ・その他	
その他	時頃	シロップ cc ・粉 包 ・錠剤 錠 ・その他	
[具体的な投薬方法]			
受付者	印	投薬者	印

- *薬は1回分ずつに分け、容器や外袋に記名した上でこちらの依頼書を添え直接職員にお渡しください。尚、お預かりは当日分のみです。
- *処方箋や薬の説明書がある場合は添付してください。(コピー可)
- *解熱剤、座薬、市販の薬はお預かり出来ません。
- *心臓疾患や喘息、アレルギー等で投薬が必要な場合、医師の診断書の提出をお願いする事があります。該当する方は、事前に園までご相談ください。
- *投薬の期間は1週間内です。それ以上になる場合はご相談ください。場合により医療機関の診断書の提出をお願いする事があります。