投　薬　依　頼　書

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、園での園児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。

依 頼 日　　平成　　年　　月　　日（　　）保護者名　　印

投薬期間　　月　　日（　　）　～　　月　　日（　　）　又は（　　）日間

	組	園児名	
病名		病院名	
病院での処方日　　平成　　年　　月　　日（　　）			
薬 の 内 容	・抗生剤　　・かぜ薬　　・咳止め ・点眼薬（ 左目 ・ 右目 ・ 両目 ） ・その他		
使用する時間	・食前　　・食後　　・その他		
症　　状 （家での様子）	・熱（　　℃）　　・咳（ 有 ・ 無 ・ 時々有 ）		
	・便の状態（ 普通 ・ 軟便 ・ 下痢 ）		
	・機嫌　（ 良 ・ 悪 ・ むらがある ）		
	・食欲　（　　）		
	・その他		

1． 必要事項を記入の上、薬1回分と一緒に袋に入れ、職員に渡して下さい。
（袋は、チャック付きの透明袋にしていただくと助かります。）

2． 薬には、クラス、名前、日付、投薬時間（食前・食後）を明記して下さい。複数ある場合も、それぞれに明記して下さい。

3. 続けて投薬する必要がある場合は、投薬終了まで、依頼書は1枚で結構です。
1日服用を終了するごとに依頼書を返しますので、次の日も薬と一緒に袋に入れて持たせて下さい。 投薬終了日に依頼書は回収し,園で保管します。

4．印鑑なしや記入もれがある場合は、投薬いたしません。

受付者名	投薬者名