

投薬依頼書

次の児童については、医師と相談の結果、指示によりやむを得ず、保育園で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、保育園での児童に対する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	西暦 年 月 日					
ふりがな 園児名			男・女	生年月日 西暦	年	月 日生
保護者氏名						
医療機関名						
担当医氏名						
病名						
薬の種類	保育園での投薬方法（用法・用量等）					
塗り薬	回数	患部		時間		
	回					
点眼薬 点鼻薬	回数	患部		時間		
	回	左・右				
備考（保管場所等）						

注）園でお預かりできる薬は、医師の処方箋に基づく「塗り薬・点眼薬・点鼻薬」のみとなります。

こちらの投薬依頼書を記入し、薬の説明書を裏面に添付して直接保育士に手渡して下さい。

薬の説明書が無い場合は投薬できません。

すべての薬（塗り薬・点眼薬・点鼻薬も含む）において市販の薬はお預かりできません。

また飲み薬は必ず自宅で投与してください。（園では投与いたしません）

ホクナリンテープを使用のままの登園も不可となりますのでご注意ください。

薬を入れた容器や袋には、必ず園児の名前を記入するとともに、複数の場合には、それぞれ園児名を記入し①、②と記入してください。

同じ薬を1週間以上続けて投与する場合には再受診をお願い致します。

また、1ヶ月以上続けて投与する場合には医師の意見書を提出下さい。

【保育園での記録】

月日	/	/	/	/	/	/
曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
受領者						
投薬	時間					
	投薬者					
	時間					
	投薬者					