

# 投薬依頼書

令和 年 月 日	児童名		
保護者名	連絡先電話		
病院・医院	(主治医 )		
病名 (または症状)			
① 持参した薬は 年 月 日に処方された薬です			
② 保管は 冷蔵庫・その他 ( )			
③ くすりの剤型 (該当するものに○) 粉 ( 袋)・液 (シロップ)・外用薬・その他 ( )			
④ 薬品名			
⑤ 薬の内容 抗生物質 ・ 咳止め ・ 下痢止め ・ かぜ薬 ・ 塗布薬 ・ 点眼薬			
⑥ 使用する時間 食前 ・ 食間 ・ 食後			
⑦ その他注意事項			
依頼日	園長・主任	投薬者名	投薬時間
月 日 ( )	印		午前・午後 時 分
月 日 ( )	印		午前・午後 時 分
月 日 ( )	印		午前・午後 時 分
月 日 ( )	印		午前・午後 時 分
月 日 ( )	印		午前・午後 時 分
月 日 ( )	印		午前・午後 時 分
月 日 ( )	印		午前・午後 時 分

- ① 必ず薬剤成分の情報提出をお願いいたします。
- ② 保護者から薬の伝達、薬剤成分の未提出の場合は誤薬を予防する為、服用を控えさせていただきます。
- ③ 副作用の重篤な症状出現時、及び保育園での管理が困難な場合は連絡させていただきます。万一事故が起きても保育園では一切の責任は負いませんのでご了承ください。