

投薬支援依頼書

さんぴこナーサリースクール 園長 様

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、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、保護者様の責任において保育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。

依頼日時 令和 年 月 日 保護者様名 印

クラス名	園児名	
医療機関名 担当医師名		電話番号
病名・症状		
薬の種別	・内服薬（粉・シロップ） ・塗り薬 ※上記該当に○をしてください。	服用する数 個
		お薬名
服用時間	食前 ・ 食後	
投与期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
留意事項		

日時						
受取者						
保管者						
投与者						

〔注意事項〕 ※保護者様の署名捺印（サイン可）のない依頼書はお預かりできません。

1. 薬剤情報提供書（写し）を添付してください。 ※処方期間の切れたお薬は投薬できません。
※お薬の処方日が投与期間の1日目になりますので、依頼書記載の際はご注意ください。
2. 薬を入れた容器や袋には必ず園児名を記載して下さい。袋はジップロックなどが適しています。
内服薬が複数の場合には、名前と番号を記載して下さい。
3. 必ず職員に手渡しして下さい。※手渡ししていないお薬は投薬できません。
4. 座薬・目薬・市販の薬は投薬できません。
5. 投薬支援依頼書は投薬期間が終了したら用紙を必ず保育園へお渡しください。