

投薬依頼書

さんびこ保育園 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

平成 年 月 日

保護者名

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）	服用する数	
	・塗り薬	種類	
服用時間	食 前		・ 食 後
投与期間	年 月 日		～ 年 月 日
留意事項			

※薬剤情報提供書をを添付してください。

日 時						
受取者						
保管者						
投与者						

※保護者の署名捺印のない依頼書はお預かりできません。

〔注意事項〕

1. 薬剤情報提供書を添付してください。
2. 薬を入れた容器袋には必ず園児名を記載して下さい。
内服薬が複数と場合には、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。
4. 座薬、目薬、市販の薬は投薬できません。