

投薬依頼書

依頼日 年 月 日

学校法人藤原学園
日本平幼稚園 園長様

保護者名

印

次の園児について、医師との相談の結果やむを得ず、保育時間中の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、下記の要領で投薬を行って頂きたいと依頼致します。

| | | | |
|------------|----------------------------------|----------|---------------|
| 園児名 | | クラス名 | |
| 処方された医療機関名 | Tel() | | |
| 病名 | | | |
| 薬名 | | | |
| 薬の種類 | 錠剤・粉薬・水薬・塗り薬・貼り薬・座薬・その他() | | |
| 投薬方法 | 投薬する時 | 食前 食間 食後 | または、症状()がある時 |
| | 一回量 | | |
| 投薬期間 | 平成 年 月 日 または、平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 | | |
| その他 | | | |
| ※園記載欄 | (投与者名) | | |

【 注意事項 】

- (1) 薬は医師の処方によるものに限ります。(売薬は原則、お受けしません)
- (2) 薬を入れた容器や袋には、必ず園児名とクラス名を記載して下さい。
- (3) 飲み薬は、一回ずつ服用出来るように分けて下さい。