

お薬投与依頼書

依頼日 平成 年 月 日

依頼先	城山わかば幼稚園	
依頼者指名	(保護者) 印	連絡先
	園児指名	
上記の園児について、下記の事項により薬の投与を依頼致します。 投与により万一事故が発生しても、幼稚園には迷惑をかけません。		
病院名	電話 () () ()	
病名		
持参した薬の処方日	平成 年 月 日	日間分の本日分
保管の仕方	室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他 ()	
薬の形	粉 ・ 液状 (シロップ) ・ 外用薬 ・ その他 ()	
薬の内容	抗生物質 ・ 咳止め ・ 下痢止め ・ 風邪薬 ・ 解熱剤 外用薬 () ・ その他 ()	
服用日時	平成 年 月 日	昼食前 ・ 後 () 時 () 分頃
外用薬などの使用方法		
その他の注意事項		

下記の事項をよくご理解頂き、ご提出願います。

- * 本来、園での薬の投与は医療行為となり、できないことをご承知下さい。
やむを得ず服用させなければいけない場合は、上記の必要事項をご記入願います。
- * 薬は医療機関からの処方であること。保護者の判断で持参した薬は対応できません。
- * お預かりは、1回分のみを持参ください。
液状の薬は、1回分を小さな容器 (衛生的なもの) に移してください。
- * 市販の薬・解熱剤・座薬・鎮痛剤はお預かりできません。
- * 吸入などの医療行為は園ではできないことになっています。
- * 必ず薬の袋に名前を忘れずに記入ください。

誤飲予防のため、名前がない場合は投与致しません。

受付日 平成 年 月 日 担任サイン

受領者サイン

投与者サイン