

投薬依頼書

スマイル保育園

園長 小川幸宏

次の園児については、医師との相談の結果、指示によりやむ負えず、保育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頂きたいと依頼します。

依頼日 令和 年 月 日

組 () 保護者名 _____ 印

園児名 () 緊急連絡先 ()

病名 ()

病院名 ()

薬の種類	投薬方法（用法・用量）	薬の処方された日
内服薬 (1)	服用時間 食（前・簡・後） 分 服用方法 そのまま・水で溶く・その他	月 日
内服薬 (2)	服用時間 食（前・簡・後） 分 服用方法 そのまま・水で溶く・その他	月 日
塗り薬	回数 回（時間） 患部 ()	月 日
点眼薬	回数 回（時間） 患部（左目・右目・両目）	月 日

(注意事項)

- ① 薬を入れた容器や袋は、必ず園児名を記述するとともに、内服薬などが複数の場合には、(1)(2)と記載して下さい。
- ② 心臓疾患・喘息・アレルギーなどで投薬が必要となる場合には、医師の診断書が必要となりますので、事前に保育園に相談をして下さい。

服用時間	時 分
職員名	印