

投薬依頼書

依頼日 令和 年 月 日

認定こども園まきば幼稚園

園長 齋藤智世様

保護者名

TEL

次の園児については、医師と相談の結果、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、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。

園名・組	認定こども園まきば幼稚園	組
園児名	(年 月 日生)	
医療機関名 (担当医師名)	TEL	
病名		
薬の種別	投薬方法(用法・用量等)	薬の処方された日
内服薬①	服用時間 食前・食間・食後 分 服用方法 そのまま・水で溶く・()	月 日
内服薬②	服用時間 食前・食間・食後 分 服用方法 そのまま・水で溶く・()	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	月 日
		月 日

【注意事項】

- 薬局などから薬の説明書がある場合には、園の職員にも見せてください。
- 薬を入れた容器や袋には、必ず園児名を記載してください。
- 内服薬などが複数の場合には、それぞれ①②を区別できるように記載してください。
- 心臓疾患、ぜんそく、アレルギーなどで投薬が必要となる場合には、医師の診断書の提出が必要となりますので、事前にご相談ください。

処	受		投	
理	付		薬	