様式 5

学校法人双羽学園　双羽幼稚園・保育所　園長　宛

投　薬　依　頼　書

組　　名前

上記の児童について、医師との相談の結果、指示により保育時間中の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、下記の要領で投薬を行うよう依頼致します。

医療機関名 **担当医師名**	**電話番号**
病名・症状	
薬の種類（該当するものに✓） ☐錠剤　☐粉　☐シロップ　☐カプセル　☐点眼薬　☐塗り薬　　☐その他（　　）	
投薬方法（該当するものに✓） ☐昼食前　　☐昼食後　　☐その他（具体的に：　　）	
投薬期間（処方箋で指示された日数までを期限とする） 平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日	
その他の注意点など	

投薬依頼日　　平成　　年　　月　　日

保護者氏名　　印

※保護者印のないものはお受けできません。

【注意事項】

（１）薬は医師の処方によるものに限ります（市販の薬はおうけしません）

（２）薬を入れた袋や容器には、必ず組と名前を記入して下さい。薬が複数の場合は、それぞれに記載して下さい。

（３）錠剤・カプセル・シロップなどは、１回分ずつ服用出来る量に分けて下さい。１日分のみ預かります。

（４）必ず職員に手渡しの上、投薬方法を説明してい下さい。バス通園の場合は、「おたよりホルダー」を利用されても構いませんが、その際は連絡帳またはお電話にて投薬についてご説明下さい。

（５）心疾患、喘息、アレルギーなど慢性的な疾患などで投薬が必要な場合は、医師の診断書の提出が必要です。その際は、事前にご相談下さい。

投薬担当者確認					

※園使用欄