

投 薬 依 賴 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	電話番号
担当医師名	
病名・症状	
薬の種類（該当するものに✓） <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> 粉 <input type="checkbox"/> シロップ <input type="checkbox"/> カプセル <input type="checkbox"/> 点眼薬 <input type="checkbox"/> 塗り薬 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
投薬方法（該当するものに✓） <input type="checkbox"/> 昼食前 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> 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） 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	
その他の注意点など	

投薬依頼日 令和 年 月 日

保護者氏名

【注意事項】

- (1) 薬は医師の処方によるものに限ります（市販の薬はお受けしません）
- (2) 薬を入れた袋や容器には、必ず組と名前を記入し、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下さい。バス通園の場合は、「おたより袋」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

投 薬 依 賴 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	電話番号
担当医師名	
病名・症状	
薬の種類（該当するものに✓） <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> 粉 <input type="checkbox"/> シロップ <input type="checkbox"/> カプセル <input type="checkbox"/> 点眼薬 <input type="checkbox"/> 塗り薬 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
投薬方法（該当するものに✓） <input type="checkbox"/> 昼食前 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> 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） 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	
その他の注意点など	

投薬依頼日 令和 年 月 日

保護者氏名

【注意事項】

- (1) 薬は医師の処方によるものに限ります（市販の薬はお受けしません）
- (2) 薬を入れた袋や容器には、必ず組と名前を記入し、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下さい。バス通園の場合は、「おたより袋」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