

投 薬 依 頼 書

次の園児については、医師と相談の結果、指示によりやむを得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、行っていただきたく依頼いたします。

依 頼 日	20 年(令和 年) 月 日	
保護者名	Ⓜ	
園 児 名	クラス名 () 生年月日: 20 年(平成・令和 年) 月 日	
医 療 機 関	病 院 名	(電話: - -)
	担当医師名	
服用時間	食前 ・ 食間 ・ 食後	
薬の種類	水薬 ・ 粉薬 ・ 軟膏 ・ 点眼薬 ・ 点耳薬	
受 診 日	20 年(令和 年) 月 日	
そ の 他		
本日の 保護者スケジュール		
緊急連絡先		
<p>【 注意事項 】</p> <p>1・薬局からの薬の説明書がある場合には、保育士に見せてください。</p> <p>2・薬を入れた容器や袋には、必ず園児名をご記入いただくとともに、薬は一回分の量に分けてお持ちください。</p> <p>3・保育時間中の継続的な投薬が必要な場合は、医師による理由書の添付をお願いいたします。</p>		

承 認	投 薬 者

投 薬 依 頼 書

次の園児については、医師と相談の結果、指示によりやむを得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、行っていただきたく依頼いたします。

依 頼 日	20 年(令和 年) 月 日	
保護者名	Ⓜ	
園 児 名	クラス名 () 生年月日: 20 年(平成・令和 年) 月 日	
医 療 機 関	病 院 名	(電話: - -)
	担当医師名	
服用時間	食前 ・ 食間 ・ 食後	
薬の種類	水薬 ・ 粉薬 ・ 軟膏 ・ 点眼薬 ・ 点耳薬	
受 診 日	20 年(令和 年) 月 日	
そ の 他		
本日の 保護者スケジュール		
緊急連絡先		
<p>【 注意事項 】</p> <p>1・薬局からの薬の説明書がある場合には、保育士に見せてください。</p> <p>2・薬を入れた容器や袋には、必ず園児名をご記入いただくとともに、薬は一回分の量に分けてお持ちください。</p> <p>3・保育時間中の継続的な投薬が必要な場合は、医師による理由書の添付をお願いいたします。</p>		

承 認	投 薬 者