

投薬依頼書

やまて認定こども園長様

次の園児については、医師の指示により、やむを得ず園での保育時間中における投薬が必要になりましたので、保護者の責任において、園での園児に対する投薬を依頼いたします。

組名 _____
園児名 _____
保護者名 _____ 印

※緊急連絡先
職場(父・母)・携帯(父・母)
(☎ _____)

○依頼日 令和 年 月 日 ○医療機関名()

○病名(症状) _____

投薬の種類		投薬方法(用法・用量)		処方日
内服薬(1)	粉薬()包	服用時間	給食前・給食後 その他()	令和 年 月 日
	水薬			
内服薬(2)	粉薬()包	服用時間	給食前・給食後 その他()	令和 年 月 日
	水薬			
塗り薬		回数 回	患部 ()	令和 年 月 日
点眼薬		回数 回	患部 (右目・左目・両目)	令和 年 月 日

(注意事項) ・薬は医師の処方によるもののみで、市販の物はお受けできません。
・薬は、1回分を薬袋または容器に入れてください。薬袋、容器には名前の記入をお願いします。

受付職員名	服用時間	時 分	投薬職員名

投薬依頼書

やまて認定こども園長様

次の園児については、医師の指示により、やむを得ず園での保育時間中における投薬が必要になりましたので、保護者の責任において、園での園児に対する投薬を依頼いたします。

組名 _____
園児名 _____
保護者名 _____ 印

※緊急連絡先
職場(父・母)・携帯(父・母)
(☎ _____)

○依頼日 令和 年 月 日 ○医療機関名()

○病名(症状) _____

投薬の種類		投薬方法(用法・用量)		処方日
内服薬(1)	粉薬()包	服用時間	給食前・給食後 その他()	令和 年 月 日
	水薬			
内服薬(2)	粉薬()包	服用時間	給食前・給食後 その他()	令和 年 月 日
	水薬			
塗り薬		回数 回	患部 ()	令和 年 月 日
点眼薬		回数 回	患部 (右目・左目・両目)	令和 年 月 日

(注意事項) ・薬は医師の処方によるもののみで、市販の物はお受けできません。
・薬は、1回分を薬袋または容器に入れてください。薬袋、容器には名前の記入をお願いします。

受付職員名	服用時間	時 分	投薬職員名

