

投薬依頼カード

認定みどりこども園 園長様

年 月 日

医師との相談の結果、やむを得ず園での保育中に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投薬を依頼します。

保護者名 _____ (印)

園児名:	(組)
病院名:	(Tel:)
病名:	
薬剤名:	(例: 抗生剤、整腸剤など)
薬の形状	・内服薬(粉 ・ シロップ) ・塗り薬 ・点眼薬(右 ・ 左) ・その他()
使用時間	・昼食前 ・昼食後 ・その他()
期間	・1日のみ ・ 月 日～ 月 日(最大1週間) ・その他()
※薬剤説明書と薬剤と一緒に提出して下さい。	
	受領者 (印)

<注意事項>

- ①お子様が園に在園していることを医師へ伝えて頂き、できる限りご家庭で飲ませることができる1日2回(朝・夕など)の調剤が可能かご相談下さい。
- ②園で投薬する薬は、医師の指示を受けたものに限ります。
市販薬や自己判断による投薬はお引き受けできません。
- ③薬は1回分だけ持参して下さい。
- ④薬が入っている袋や容器には1つ1つ園児名を記載して下さい。
- ⑤継続して服用する場合は、1週間ごとに投薬依頼カードを提出して下さい。

[投薬者サイン]

月	火	水	木	金