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 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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（部位：　　） ・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

＜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、<u>医師の指示を受けたものに限ります。</u>
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
投薬者					
Wチェック者					

※保護者の方は記入せずご提出下さい。