

依頼日 令和 年 月 日

藤波こども園 園長様

投藥依賴書

保護者名 _____ 印 _____

次の園児について、医師との相談の結果やむを得ず、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っていただきたく依頼いたします。

園児名		クラス（ホーム）名	
医療機関名			
	TEL	担当医師名【 】	
病名			
薬名			
薬の種類	錠剤・粉薬・水薬・塗り薬・貼り薬・目薬・その他（ ）		
投薬方法	投薬する時	食前・食間・食後・症状（ ）がある時 その時（ ）	
	1回量		
投薬期間	令和 年 月 日 ～ 月 日		
その他			

【注意事項】

1. 薬は医師の処方によるものに限ります（座薬、市販の薬は投薬できません）。
2. 薬を入れた容器や袋には、必ず園児名を記載してください。
3. 飲み薬は、1回ずつ服用できるように分けてください。
4. 心臓疾患、ぜんそく、アレルギー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。事前にご相談ください。