

【点眼薬用・投薬依頼書】

園では止むをえない場合に限り、保護者の方に代わって看護師や職員が投薬していますが、慎重に対応していくため、ご協力をお願いいたします。
薬は子どもに持たせるのではなく、必ず保護者が職員に体調を伝え、1回ずつに分けて、お子さんの名前を記載の上当日分のみを手渡しで預けるようにしてください。

- ① 点眼薬（開封後、日にちがたったものは、衛生上園では使用できません）
- ② 投薬依頼書
- ③ 薬の説明書（処方日、内容、いつ投薬するかが記載されているもの）

上記3点をクラスとフルネームを記入したジッパー付きビニール袋に入れてください。

※揃っていない場合は園で投薬できません。

* この用紙は投薬期間終了後、園で保管します。最終日に返却してください。

令和 年 月 日

治療のため点眼をお願いします

保護者名 _____



組		園児氏名	
病院名		処方日	令和 年 月 日
投薬期間	月 日 ~	月 日 まで	
病名 又は症状			
点眼する部位	右眼 左眼 両眼	点眼する時間	昼食後 昼寝後 その他（ 時）
注意事項（かゆい 時は何回までな ど具体的に記入）			

園記載欄

月日	/	/	/	/	/
手渡しで受け取ったか					
1回分の薬・投薬依頼書 薬の説明書 3点がそろっているか					
受領者サイン					
投薬時間	:	:	:	:	:
投薬者サイン					