投 薬 依 頼 書

向台こども園長 様

医師の診察を受けたところ、下記の通りの指示がありましたので、園での投薬を依頼いたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 保護者氏名 _____

クラス	ぐみ	園児氏名	
受診医療機関名			受診日 月 日 ()
病名・症状			投薬期間 月 日 ~ 月 日

※該当する にチェックし、必要事項を記入してください。

種類	内服方法	内服時間	
☐ 内服薬	☐ 水薬	☐ そのまま飲む	☐ 食前 ☐ 食後
		☐ その他 ()	☐ その他の時間(時)
	☐ 粉薬	☐ 水に溶く ☐ そのまま飲む	☐ 食前 ☐ 食後
		☐ その他 ()	☐ その他の時間(時)
	☐ 錠剤	☐ 砕く ☐ そのまま飲む	☐ 食前 ☐ 食後
		☐ その他 ()	☐ その他の時間(時)

☐ 点眼薬	点眼する眼： ☐ 右 ☐ 左 ☐ 両眼
	点眼する時間： ☐ 昼食後 ☐ その他の時間 (時)

☐ ぬり薬	ぬる部位：
	ぬり方：

<お願い>

- 1、保護者の方に代わって職員が投薬しますので、記入漏れがないようにご記入してください。
- 2、①1回分の薬（必ず袋に記名）②投薬依頼書（この用紙）③薬の説明書 を、ジッパー付きビニール袋に入れ、保護者の方が直接職員へ手渡してください。
- 3、お昼での早退の時、1日2回の投薬、市販薬、過去に処方された薬は投薬できませんので、ご理解とご協力をお願いいたします。

園記載欄

月 日	/	/	/	/
手渡しでの受け取り				
①~③そろっている				
受領者サイン				
投薬時間	:	:	:	:
投薬者サイン				

月 日	/	/	/	/
手渡しでの受け取り				
①~③そろっている				
受領者サイン				
投薬時間	:	:	:	:
投薬者サイン				