

# 投薬依頼書

園長 殿

下記の通り投薬を依頼し  
投薬の責任は保護者といたします。

受付担当者

↓		□必ずご同意ください。	
□同意		薬の種類によっては、お預かり出来ない場合があります。	
□同意		当依頼書は初回の申請で記載の期間（最長6日間）有効としますが、 実際にお預かりするお薬は、1日1回分ずつとなります。	
依頼日	令和 年 月 日（ ） ～ 令和 年 月 日（ ）		
園児名	（ ）組		保護者名 印
病名（症状）	医療機関		
園での 投薬時刻	昼食前 ・ 昼食後 ・ その他（ ）時 分頃		
内服薬	種類	抗生物質 ・ かぜ薬 ・ せき止め ・ 化膿止め その他（ ）	
	分類	水薬1回 種類 ※1回分	方法 そのまま飲む その他（ ）
		粉薬1回 種類 （ ）包	
外服薬	効果	虫さされ ・ かゆみ止め ・ アトピー その他（ ）	
	種類	ぬり薬 その他	箇所
頓用薬	種類		
備考・保管			

※初回は、投薬依頼書と薬を職員に直接手渡ししてください。