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	そのまま飲める その他（　　）
		粉薬１回　　種類 （　　包）		水に溶く・そのまま飲める その他（　　）
外服薬	効果	虫ささされ　・　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				

	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目
投薬者						
時間						

※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。