

依頼日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

第一・第三ひかり幼稚園
園長殿
ひかり保育園

投薬依頼書

保護者名 _____ ⑩

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、投薬を行って頂きたいと依頼致します。

園児名		クラス名	
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・点し薬・塗り薬・貼り薬・座薬・その他（ _____ ）		
投薬方法	投薬する時	食前・食間・食後・症状（ _____ ）がある時 その他（ _____ ）	
	一回量		
投薬期間	_____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ _____ 年 _____ 月 _____ 日		
その他			

【注意事項】

幼稚園では原則的に投薬を行いません。1日3回ではなく、朝夕2回で処方してもらってください。どうしても園での投薬が必要で、園が投薬を許可した場合、この書類をご提出ください。

保育園では投薬を行いますので、園にご相談くださった上で、この書類をご提出ください。

- 薬は医師の処方によるものに限ります（売薬は原則、お受けしません）。
- 薬を入れた容器や袋には、必ず園児名とクラス名を記載してください。
- 飲み薬は、1回ずつ服用できるように分けてください。
- 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。