学校法人ひかり学園　園　長　殿　　依頼日　　年　　月　　日

投 薬 依 頼 書

保護者名　　㊞

医師との相談の結果、保育時間中の投薬が必要となりましたので、下記の要領で依頼します。

保護者記入欄	園児名					クラス名					
	医療機関名										
		TEL　　担当医師名【　　】									
	病名										
	薬名	□ 薬剤情報提供書を添付（必須）									
	薬の種類	□ 内服薬　□ 軟膏（塗布部位：　　）　□ 貼り薬（貼付部位：　　） □ 点眼薬（ 右・左・両方 ）　□ 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									
	投薬予定日	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／
	その他										

※点眼薬・抗痙攣薬・アレルギー薬・軟膏など、長期間投薬が必要な薬、または症状が出た際に使用する薬の場合、投薬予定日の記入は不要です。

(1) 初回手続き

本紙・薬剤情報提供書・薬を、園に提出してください。

園使用欄	①薬剤情報提供書をカラーコピーし、原本を保護者に返却します。 ②薬と薬剤情報提供書を照合します。 ③本紙と薬剤情報提供書（写し）をファイリングし、専用ボックスに入れます。	確認（副園長／主任）	監査（看護師）
		㊞	㊞

(2) 投薬が必要な日の手続き

①投薬する日の朝、コドモン連絡帳の投薬欄に記入して送信してください。コドモンの記入がなければ投薬を行いません。
②当日分の薬を通園かばんに入れて登園してください（保育園部は、薬を担任に直接お渡しください）。
飲み薬は１回分ずつ小分けにしてください。薬を入れた容器や袋に、クラス名と園児名を明記してください。

園使用欄	担任	①毎朝、コドモンの投薬欄を確認し、通園かばんの薬を職員室の専用ボックスに入れます。 ②投薬時間に、投薬が必要な園児を職員室に連れていきます。 ③投薬を行ったことを、コドモン連絡帳でお伝えします。									
	副園長／主任（看護師）	①毎朝、コドモンの投薬欄と職員室の専用ボックスを確認します。 ②職員室（保育園部は保育室）にて、ダブルチェックで投薬し、投薬日時を記入し、押印します。									
	投薬日	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／
	投薬時間	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：
	投薬者	㊞	㊞	㊞	㊞	㊞	㊞	㊞	㊞	㊞	㊞
		㊞	㊞	㊞	㊞	㊞	㊞	㊞	㊞	㊞	㊞