



投薬依頼書

ござくら第二幼稚園園長殿

保護者名 _____ 印
TEL _____
携帯電話 _____

次の園児については、医師との相談の結果、指示により、やむを得ず園での保育時間中における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、園での園児に対する投薬を下記により、行っていただきたく依頼いたします。

ふりがな		クラス名	
園児名			
医療機関名		担当医師名	
		T E L	
病名			
薬の種別	投薬方法（用法・用量等）		投薬日
内服薬：1 (薬名)	服用時間	食前・食間・食後 分	月 日
	服用方法	そのまま・水で溶く・()	月 日
	備考	()	月 日
内服薬：2 (薬名)	服用時間	食前・食間・食後 分	月 日
	服用方法	そのまま・水で溶く・()	月 日
	備考	()	月 日
: 3 (薬名)			月 日
			月 日

【注意事項】

幼稚園では原則的に投薬は行いませんが、医師の指示により、やむを得ず昼食時においても服用しなければならない時にのみ、この書類をご提出ください。

- (1) 薬局などから薬の説明書がある場合には、園の職員にもお見せ下さい。
- (2) 薬の入れた容器や袋には、必ず園児名を記載してください。
- (3) 内服薬などが複数の場合には、それぞれ内服薬 1.2 など、区別ができるように記載してください。
- (4) 心臓疾患、ぜんそく、アレルギーなどで投薬が必要となる場合には、医師の診断書の提出が必要となりますので、事前にご相談ください。