投薬依頼書（熱性けいれん・アナフィラキシーに限る）

坂の上幼稚園　園長様　　年　　月　　日

次の園児については、医師と相談の結果、幼稚園での保育時間中における症状出現時に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幼稚園での園児に対する投薬を下記により行って頂きたく依頼します。

クラス		性別	男　・　女
園児氏名		生年月日	
保護者氏名	印	緊急連絡先	① ② ③
医療機関名 担当医師名	（　　病院　　科） 担当医師名（　　） 電話番号（　　－　　－　　） 直通　（　　－　　－　　） FAX　（　　－　　－　　）		
病名		詳しい症状	
薬の名前			
使用方法	例（発熱OO．O℃以上の時に座薬〇個を挿入する）		
薬の保管方法	室温　・　冷蔵庫 その他	薬の剤形	座薬　・　アナフィラキシー補助治療剤 その他（　　）
その他 伝えておきたい事等			

留意事項
・薬には必ず名前を書いてください　　・市販薬はお預かりできません
・薬を長期間、園で保管する場合は使用期限を確認し、期限切れの際は依頼書と共に再度提出ください

幼稚園記載欄	受領日　　年　　月　　日　　（受領者サイン　　）
	投与者　　年　　月　　日　　時　　分（投与者サイン　　）
	実施状況