投薬依頼書（保護者記載用）

＊投薬時承諾書にご署名、押印の上ご提出ください。

投薬時承諾書

坂の上幼稚園では原則としてお薬をお預かりしませんが、医師の指示により保育中の投薬が必要な場合に限り、当日1回分のみ投薬いたします。
その際、その薬を投薬したことによる発疹やショック等の症状が生じた場合責任を負いかねますのでご了承ください。

年　　月　　日　　クラス名

園児氏名

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

依頼者（保護者）氏名		電話番号
クラス	園児氏名	性別　男　・　女 生年月日　　年　　月　　日
病院名 主治医名	電話番号 FAX	
病名または症状		
①使用する日時　　年　　月　　日～　　月　　日　　午前・午後　　時　　分 又は　食前　　食後　　おやつ前　　おやつ後 その他具体的に（　　）		
②薬の保管は　・室温　・冷蔵庫　・その他（　　）		
③薬の剤形は　・粉　・液（シロップ）　・錠剤　・カプセル　・外用薬　・その他（　　）		
④薬の内容は　・抗生物質　・整腸剤　・抗アレルギー　・かぜ薬　・外用薬　・（　　） 調剤内容は：		
⑥外用薬の使用方法・部位		
⑦その他		

留意事項
・薬には必ず名前を書いてください
・薬は当日1回分のみお預かりします。液、シロップの場合も小分けにして1回分をお持ちください
・用紙に必要事項を記入し、下記の投薬依頼日の記入、保護者印を押印し薬と一緒にご提出ください
・園で投薬終了後、用紙の原本は園で保管、コピーを返却します。
数日間投薬が必要な場合は、投薬終了日まで用紙を毎日返却しますので、投薬依頼日と保護者印を押印し薬と一緒にご提出ください。
・用紙は園のホームページからもダウンロードできますのでご利用ください。

〇保護者記入欄

投薬依頼日	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／
保護者印										

〇幼稚園記入欄

受領日	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／
受領者										
投薬日	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／
投薬時刻	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：
投薬者										