

投薬依頼書

一般社団法人 一勉一步の会
ヒッポ保育園 園長宛

医師との相談結果、医師の指示により保育園での保育時間における、投薬が必要になりました。
つきましては、保護者の責任において、投薬を依頼致します。

依頼日:令和 年 月 日

児童氏名		保護者氏名			
(生年月日: 年 月 日)		印			
病院名		主治医名			
TEL(- -)					
投薬期間	令和 年 月 日() ~ 令和 年 月 日()				
薬の種類	量	投薬時間		注意事項	
飲み薬	() 包	食前・食後・午睡後・その他()			
	() ml	食前・食後・午睡後・その他()			
塗り薬	() 種類	食前・食後・午睡後・その他()			
点眼	() 本	食前・食後・午睡後・その他()			
座薬	()	食前・食後・午睡後・その他()			
その他	()	食前・食後・午睡後・その他()			
緊急連絡先	母職場・父職場・母携帯・父携帯・その他()				
投薬日	受領者	投薬者	投薬時間	その他	保護者 確認捺印欄
月 日(月)					
月 日(火)					
月 日(水)					
月 日(木)					
月 日(金)					
月 日(土)					
保育士記入欄	投薬終了日: 月 日		投薬終了確認印:		

※薬の種類ごとにこの用紙が必要となります。

※毎日、必ず投薬がされたかを確認し、「保護者確認捺印欄」にサインをお願い致します。

※「投薬依頼書」は、投薬期間が終了するまでは、薬袋に「処方箋」と一緒に入れ、保育士に手渡しで渡すようにして下さい。