

投薬依頼書

年 月 日

クラス		児童氏名		受取人	
新規 ・ 継続 ()			日頃まで)	投薬した人	
傷病名					
現在通院している病院	名称				
	TEL		()		
体温	℃		午前 ・ 午後	時	分現在
内服薬 (粉 ・ 水) ・ 軟膏 ・ 点眼 ・ その他 ()					
抗生物質 ・ 咳止め ・ 風邪薬 ・ 整腸剤 ・ 下痢止め ・ その他 ()					
服用時間	食前 ・ 食後		合計	種類	
注意事項	<p>① 薬剤等の使用責任は保護者にありますので、安易にこども園に依頼しないようにしましょう。</p> <p>② こども園で使用する薬剤等は、医師により処方されたものに限ります。</p> <p>③ 持参する薬については、その日 (1 回分) だけを職員に直接手渡ししてください。</p> <p>④ 薬剤等の瓶や包みにも必ず、クラス・氏名を記入してください。</p> <p>⑤ 当園では、坐薬は取り扱いません。</p>				
<h2>投薬同意書</h2>					
※ 上記の薬の投与をお願いします。					
※ 万が一、投薬後起こるさまざまな症状についての責任を上池さくらこども園には一切問いません。					
保護者氏名				(印)	