

投 薬 願 用 紙

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。

保護者名： _____ 印

ふりがな		クラス名	
園児名			
医療機関名	担当医師名		
	電話番号		
病名			
薬の種別	投薬方法(用法・用量等)	投薬者名	
内服薬：1 薬名	服用時間：食前・食間・食後 分 服用方法：そのまま・水で溶く・() 備考：		
内服薬：2 薬名	服用時間：食前・食間・食後 分 服用方法：そのまま・水で溶く・() 備考：		
塗り薬 薬名	回数： 回 (時間) 患部：		
点眼薬 薬名	回数： 回 (時間) 患部：(左目・右目・両目)		
: 3 薬名			

【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、やむを得ず服用しなければならない時は、必要事項を記入し、薬と一緒に事務窓口に提出してください。

(1)内服薬は1回分に分けて、必ずクラス名・園児名を記載してください。

(2)複数ある場合は1、2など区別できるように記載してください。

(3)ぜんそく、熱性けいれん、アレルギー等で投薬が必要な場合は事前にご相談ください。

受付者名