投薬依頼書兼同意書

まま保育園　　園長宛

医師の指示により保育時間中に投薬が必要となったため、保護者に代わり本児に対する投薬の協力をお願い致します。この投薬で異常が生じても一切の責任は保護者が負います。

※家で一度も使用したことのない薬は預かりません。

保護者記入必須

記入日：　　年　　月　　日

施 設 名		クラス	組
当事園児	園児氏名	年齢	
依 頼 者	保護者氏名		印
診 断 名		診断日	年　月　日
医療機関	病院名	医師名	医師
	調剤薬局名		
薬 品 名			
処 方 日	年　月　日	日間処方	
処方期間	年　月　日　～　年　月　日		
剤　型	水液(シロップ)　散剤(粉)　点眼薬　外用薬　その他(　　)		
保　管	常温　冷蔵　その他(　　)	服 用 法	食前　食間　食後　その他
飲ませ方 留 意 点			
連絡先	―　―　(氏名　続柄：　)		

＜投薬確認情報＞　　**※投薬依頼日・朝の与薬時間保護者記入必須**

	／	／	／	／	／
朝の投薬時間	:	:	:	:	:

【職 員 記 入 欄】

受付者サイン					
内服時間	:	:	:	:	:
投薬者サイン					