

投薬依頼書

森のひろばチャイルドケアセンター

園長 担任 宛

医師の診察を受けたところ、下記のとおり指 平成 年 月 日
示がありましたので服用させて下さい。

※ 該当する所を○で囲んで下さい。

保護者名

印

組		お名前	
病院名	医院(病院)		
薬の用途	風邪	咳	下痢 中耳炎 その他
薬の種類	粉薬 水薬 その他() ホクナリンテープ		
投薬日	月	日	食前 食後
朝の投薬時間		連絡事項	
保育園	与薬者名	投薬時間	

薬についてのお願い

保育園における投薬は原則として禁止されています。

主治医の診察を受ける時は、お子様が現在保育園に在籍していることを、保育園では原則として薬の使用が出来ないことをお伝えください。また、薬の服用方法として1日2回(朝、晩)、或いは1日3回(朝、晩、就寝前)の方法で服用できるか、主治医にご相談下さい。しかし、やむをえず保育時間中に与えねばならない場合は、次のことを守っていただき誤飲や事故を防ぎたいと思いますので宜しくお願い致します。

- ★ 医療機関で処方された薬に限ります。
家庭常備薬、坐薬、市販ものはお取り扱い出来ないことになっておりますので、薬は飲まずにご家庭の方にお返しします。
- ★ 「投薬依頼書」は印もれや記入漏れのないようにお願いします。
印もれ、記入漏れがある場合も、薬飲まずにお返しします。
- ★ 投薬一回につき、依頼書が一枚必要となります。
- ★ 薬の容器や袋、ホクナリンテープにも氏名をご記入ください。
- ★ 使用する薬は一回分のみお持ちください。水薬の場合も同様です。
- ★ 診察後、初めて服用なさる時はご家庭での服用をお願いします。
- ★ お子様の機嫌や健康状態が極めて悪い場合は、服用を見合わせますのでご了承ください。

