

# お薬依頼書(1回分)

※必ず職員に手渡ししてくださいね。

小袖保育園 園長様

医師と相談の結果、指示により、やむを得ず、園での保育時間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保育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。

依頼日時 令和 年 月 日

保護者名 \_\_\_\_\_ 印

組名	園児名	
医療機関名	-----	電話番号
担当医師名		
病名・症状		
朝薬を飲ませた時間	時	分
薬の種別	* 内服薬( 粉・ シロップ・ 錠剤 )	服用する数
	* 塗り薬	粉 包
	* 目薬	シロップ 本
	* その他( )	錠剤 個
服用時間	* 食 前	* 食 後
その他の時間		

※保護者の署名捺印のない依頼書はお預かりできませんのでお気をつけください。

## 【注意事項】

- 処方箋も提出してください。(コピーしてお返します。)
- 薬を入れた容器や袋には必ず園児名を記載してください。  
内服薬が複数の場合には、名前と番号を記載してください。
- バックやカバンに入ってもわかりませんので手渡し以外は服用させる事が出来ませんのでご了承ください。
- 座薬(解熱剤)、痛み止め、市販の薬は投薬できません。
- 期限が切れた薬は、お預かりできませんので確認をお願いします。
- 薬は必ず、1回分ずつ持たせてください。

# お薬依頼書(1回分)

※必ず職員に手渡ししてくださいね。

小袖保育園 園長様

医師と相談の結果、指示により、やむを得ず、園での保育時間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保育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。

依頼日時 令和 年 月 日

保護者名 \_\_\_\_\_ 印

組名	園児名	
医療機関名	-----	電話番号
担当医師名		
病名・症状		
朝薬を飲ませた時間	時	分
薬の種別	* 内服薬( 粉・ シロップ・ 錠剤 )	服用する数
	* 塗り薬	粉 包
	* 目薬	シロップ 本
	* その他( )	錠剤 個
服用時間	* 食 前	* 食 後
その他の時間		

※保護者の署名捺印のない依頼書はお預かりできませんのでお気をつけください。

## 【注意事項】

- 処方箋も提出してください。(コピーしてお返します。)
- 薬を入れた容器や袋には必ず園児名を記載してください。  
内服薬が複数の場合には、名前と番号を記載してください。
- バックやカバンに入ってもわかりませんので手渡し以外は服用させる事が出来ませんのでご了承ください。
- 座薬(解熱剤)、痛み止め、市販の薬は投薬できません。
- 期限が切れた薬は、お預かりできませんので確認をお願いします。
- 薬は必ず、1回分ずつ持たせてください。