

投薬依頼書

受診の結果、医師より下記の指示がありましたので、投薬をお願いします。

園児名		クラス	組
この薬を幼稚園の教職員が園児に投与することに関して、万が一事故等が起きても、超光寺幼稚園への責任は問いません。			
保護者氏名			印
処方を受けた医療機関名			
医療機関電話番号 (緊急時に連絡が取れるよう、記載してください)			
病名または症状			
投薬機関	年	月	日～ 月 日
内服薬	①	粉・シロップ・錠剤	(食前・食後 その他)
	②	粉・シロップ・錠剤	(食前・食後 その他)
	③	粉・シロップ・錠剤	(食前・食後 その他)
	④	粉・シロップ・錠剤	(食前・食後 その他)
外用剤	患部		時間
目薬	点眼：	両目・右のみ・左のみ	時間
薬の飲ませ方・外用薬の使用方法			
そのほかの注意事項			
月日	投与時間	投与者	投与した薬・投与方法
月 日	:		
月 日	:		
月 日	:		
※内服薬は必ず1日分だけお持ちください			
※内服薬が複数の場合には、それぞれ①②③④と記入してください			
※薬には園児名を記入し、必ず教職員に本書を添えて手渡しをお願いします			