藤井寺カトリック幼稚園　園長殿

依頼日：令和　　年　　月　　日

**投薬依頼書**

　下記の園児については、医師と相談の結果、その指示により、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、園での園児に

対する投薬を下記にしたがって依頼します。

保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな園児名 |  | クラス名 | 組 |
| 医療機関名 |  | 担当医師 |  |
| 電話番号 |  |
| 病名 |  |
| 薬の種別 | 投薬者（園で記入） |
| 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： |  |
| 「熱が何度出たら飲む」「発作が起きたら飲む」など、症状を判断し投薬が必要なもの薬名（　　　　　　　　　　） | 投薬前に必ず氏名　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ　　　　　　　　　　　　　　に連絡を取ってください。万一連絡が取れなかった場合には下記に従ってください。(チェックを必ず入れてください)* 必ず連絡がつくまで投薬を待ってほしい。
* 連絡がつかなくても投薬してほしい。
* 度熱が出たら投薬してほしい。
* その他
 |  |

≪注意事項≫ ・上記事項に関して園では、一切の責任を負いませんのでご了承ください。