

# 投薬依頼書

社会福祉法人 昌巳福祉会  
さくらヶ丘保育園 園長 宛

依頼日 平成 年 月 日

児童氏名	組 氏名
病名・疾病箇所	
現在の状態	
本日の体温	
かかりつけの 病院名	(TEL)
病院での処方日	平成 年 月 日
投薬期間	平成 年 月 日 から 年 月 日
薬の種類	飲み薬(粉末・シロップ) 塗り薬 その他
薬の内容	
連絡事項	
緊急連絡先	(TEL)

以上の通りです。薬剤の使用に関しては保護者の責任において投薬を依頼いたします。

保護者氏名

印

受付保育士	投薬保育士
印	印

## 【注意事項】

1. ボールペンで記入のこと
2. 必ず職員に手渡しをしてください(カバン等に入っていた場合投薬できません)
3. 投薬は昼食後1回のみ(粉末は一包、シロップは小容器に1回分のみ分けて持ってきてください)
4. 薬が入っている袋にも必ず園児名と日付を記入してください
5. 解熱剤・座薬・鎮痛剤・市販の薬はお預かりできません
6. 吸入などの医療行為を行うことはできません