

## 【薬の依頼表】

幼稚園長 宛

年 月 日提出

医師の診断を受けたところ下記の通り指示がありましたので幼稚園での投与をお願いします。

クラス	組	氏名		保護者名		
受診した病院名				処方月日	年 月 日	
病名および症状						
薬の取扱について	薬の種類	飲み薬		その他の薬		
		<input type="checkbox"/> 水薬 ( 種)				
		<input type="checkbox"/> 粉薬 ( 種)				
	<input type="checkbox"/> 錠剤 ( 種)					
投与時間	<input type="checkbox"/> 昼食前		<input type="checkbox"/> 時 分頃			
	<input type="checkbox"/> 昼食後		<input type="checkbox"/> その他 ( )			
	<input type="checkbox"/> その他 ( 時 分頃)					

- 薬の投与は医療行為となり、本来、園ではできないことをご承知下さい。
- 薬のお預かりは1回分ずつです。1回分量を持参し、それぞれに名前を書いてください。  
液状の薬は1回分を小さな容器に移して下さい。(衛生的なもの)
- 薬は医療機関からの処方であること。保護者の判断で持参した薬は対応できません。  
また、市販の薬・解熱剤・座薬・鎮痛剤はお預かりできません。
- 依頼表はペンまたはボールペンで記入し、必ず担任に提出してください。記入漏れのないようお願いいたします。
- 昼食の時間は午前11:00~午後1:00の間、約1時間となっております。学年、クラスにより時間は変わりますので、正確な投与時間をお知りになりたい方は、担任にお尋ねください。

————— 切り取り線 —————

[幼稚園記載]

年 月 日

ご依頼がありました通り、薬を服用させましたのでお知らせいたします。

投与者(担任)サイン	投与時間	備考
	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他 ( 時 分頃)	