

# 投薬依頼書

園児名:	生年月日: 年 月 日	
病院名:	薬局名:	受診年月日: 年 月 日

お薬は1回分のみ必ず名前を記入してお持ち下さい

投薬理由:

投薬方法:

平成 年 月 日 ~ 月 日 まで

※投薬方法:例)・昼食後に、オレンジの粉薬を、少量にお水に溶かして飲ませる  
・午睡前後に、緑色の塗り薬を右の首の付け根に薄く塗る

投薬依頼にあたって、下記の事項を了承のうえ、ご署名・ご捺印をお願い致します。

- 当スタッフは、お医者様の指示の基、ご家族の方と同じ方法で投薬いたします。
- 当スタッフは、医師・看護師等のような医療行為は出来かねます。
- 解熱剤は原則使用しておりません。
- 市販のお薬はお預かりしておりません。
- 依頼された投薬を行い、その当日または後日に病状が急変する等のことがあっても、当方では一切の責任を負いかねます。

記入年月日 年 月 日

保護者氏名 印

園長 印