

# 投薬依頼書

ぽっぽ保育所園長 様

依頼日 平成 年 月 日

次の児童について、医師と相談の結果、医師の指示によりやむを得ず保育所での保育時間中における投薬が必要になりました。つきましては、保護者の責任において保育所での児童に対する投薬を下記により行っていただきたく依頼します。

園児名 \_\_\_\_\_

(つき・ほし・ゆり・さくら・はと)

生年月日 平成 年 月 日生

投薬期間 平成 年 月 日から  
平成 年 月 日まで

保護者名 \_\_\_\_\_ 印

※医療機関記入欄

|            |  |
|------------|--|
| 医療機関名・電話番号 |  |
|            |  |
| 印          |  |
| 傷病名        |  |
|            |  |

1. 薬局などからの薬の説明書がある場合には、保育所職員に見せて下さい。  
2. 薬を入れた容器や袋には必ず園児名を記入するとともに、薬が複数ある場合にはそれぞれ ①、②と記入して下さい。

| 薬の種別 | 投薬方法 (用法・用量等) |                    | 処方された日 |
|------|---------------|--------------------|--------|
| 内服薬① | 種類            | 風邪薬・下痢止め・その他( )    | 月 日    |
|      | 形状            | 粉薬・シロップ・錠剤         |        |
|      | 服用時間          | 食(前・間・後) 分         |        |
|      | 服用方法          | そのまま 水で溶く その他( )   |        |
| 内服薬② | 種類            | 風邪薬・下痢止め・その他( )    | 月 日    |
|      | 形状            | 粉薬・シロップ・錠剤         |        |
|      | 服用時間          | 食(前・間・後) 分         |        |
|      | 服用方法          | そのまま 水で溶く その他( )   |        |
| 外用薬① | 種類            | 塗り薬・点眼薬・点鼻薬・その他( ) | 月 日    |
|      | 回数            | 回 (時間 )            |        |
|      | 患部            |                    |        |
| 外用薬② | 種類            | 塗り薬・点眼薬・点鼻薬・その他( ) | 月 日    |
|      | 回数            | 回 (時間 )            |        |
|      | 患部            |                    |        |

※署名欄

| 投薬日 | 保護者氏名 | 投薬者名 | 投薬日 | 保護者氏名 | 投薬者名 |
|-----|-------|------|-----|-------|------|
| 月 日 |       |      | 月 日 |       |      |
| 月 日 |       |      | 月 日 |       |      |
| 月 日 |       |      | 月 日 |       |      |