

投薬依頼書

依頼先 株式会社アルケミスト

医師との相談の結果、指示によりやむを得ず保育時間内での投薬が必要となりました。つきましては、保護者の責任におきまして保育園内での投薬を以下の内容にて行って頂きますようお願い致します。

年 月 日

保護者名



お子様名

男・女 才 ヶ月

病院名			
主治医			
病名			
お子様の様子	熱	℃	
	咳	よく出る たまに出る まったくない	
	食欲	普通 あまりない まったくない	
	便の状態	普通 やわらかい 下痢 便秘	
薬の処方日	月 日	薬品名	
薬の投薬期間	月 日 ~ 月 日		
①薬の種類	・内服 ・外用 ・点眼 ・その他		
②薬の形状	・粉 ・シロップ ・錠剤 ・点眼薬 ・塗り薬 ・その他()		
③使用方法	内服薬 食(前・間・後) 分		1日 回 (朝・昼・夜)
	塗り薬	1日 回 (時頃)	患部()
	点眼薬	1日 回 (時頃)	患部(両目・右目・左目) 滴
④薬の保存方法	・常温 ・冷蔵庫 ・その他()		

【注意事項】

- 医師からの処方箋のみ保育士が投薬致します。薬の説明がある場合には、保育士にご提示下さい。
- 薬や容器を入れた容器や袋には、必ず幼児名を記述するとともに、内服薬が複数ある場合にそれぞれに①、②という様に番号を記載して下さい。
- 心臓疾患、喘息、アレルギーなどで投薬が必要となる場合には、医師の診断書の提出が必要となりますので、事前にご相談下さいませ。