

依頼日 令和 年 月 日

前沢幼稚園長 殿

## 投 薬 願 用 紙

次の園児については、医師との相談の結果、指示により、やむを得ず園での保育中における投薬が必要となりました。つきましては、保護者の責任において、園での園児に対する投薬を、下記により行っていただきたく依頼いたします。

保護者氏名

ふりがな		クラス名	
園児氏名			
医療機関名		担当医師名	
		電話番号	
病 名			
薬の種別	投薬方法（用法・用量等）	投薬者名	
内服薬：1 薬名	服用時間： 食前 ・ 食間 ・ 食後 分 服用方法： そのまま・水で溶く・（ ） 備 考：		
内服薬：2 薬名	服用時間： 食前 ・ 食間 ・ 食後 分 服用方法： そのまま・水で溶く・（ ） 備 考：		
塗り薬 薬名	回数： 回（時間 ） 患部：		
点眼薬 薬名	回数： 回（時間 ） 患部：（ 左目 ・ 右目 ・ 両目）		
：3 薬名			

### 【注意事項】

幼稚園では原則的に投薬は行いませんが、医師の指示により、やむを得ず服用しなければならない時は、必要事項を記入し、薬と一緒に事務窓口に提出してください。

- (1)内服薬は1回分に分けて、必ずクラス名・園児氏名を記載してください。
- (2)複数ある場合は1， 2など区別できるように記載してください。
- (3)喘息、熱性けいれん、アレルギー等で投薬が必要な場合は事前にご相談ください。

受付者氏名

--