

投 薬 依 頼 書

内閣府認定 企業主導型保育事業
特定非営利活動法人 未来への翼
栄幸保育園（谷山）
理事長 枇榔 幸代 様

組 名（ ）
園 児 名（ ）
病 名（ ）

上記の児童については、医師と相談の結果、指示によりやむを得ず、保育園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、保育園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。

依頼日 令和 年 月 日

保護者名 _____ 印

薬の種別	投薬方法（用法・用量等）	病院受診日	園での投薬期間
内服薬	服用時間 食（前・間・後） 服用方法 （そのまま・水で溶く・その他）	月 日	月 日～ 月 日迄
内服薬	服用時間 食（前・間・後） 服用方法 （そのまま・水で溶く・その他）	月 日	月 日～ 月 日迄
塗り薬	患部（ ） 回数（ 回） その他（ ）	月 日	月 日～ 月 日迄
点眼薬	患部（右目・左目） 回数（ 回） その他（ ）	月 日	月 日～ 月 日迄

※必ず、一回分ずつ（シロップも同様）持たせ、必ず職員に手渡しをお願いします。

※薬を入れた容器や袋には必ず園児名を記載してください。

日 付							
受け取った人							
飲ませた人							