投 薬 依 頼 書

保育園
シュエット生田

下記の事項を了承のうえ、ご署名・ご捺印をお願いします。

- 当園スタッフは、**医師の処方、指示**に従い、ご**家族に代わって**投薬いたしますが、医師・看護師等のような**医療行為は出来ません**
- **解熱剤・市販薬**はお受けできません
- 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、一切の責任を負いかねます

1回分の薬に**記名**し、この依頼書を添え**手渡し**でお願いします

保護者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞　　預かった職員＿＿＿＿＿＿＿＿

投薬日：　平成　　年　　月　　日		受診日：平成　　年　　月　　日	
園児名：		病院名：	
		薬局名：	
病名・症状			
投薬時間	昼食（　前　・　後　）　その他（　　）		
薬の内容・薬名			
投薬方法 ※投薬方法：例	・オレンジの粉薬を少量の水に溶かして飲ませる。　・緑色の塗り薬を右の首の付け根に薄く塗る		