

園における保育には、薬を飲ませる業務は含まれていません。保護者の方に給食後に飲ませに来ていただくか、医師に朝夕の2回に処方していただくようお願いして家庭で飲ませてください。どうしても服用しなければならない薬で、下記に該当する場合には、保護者の署名捺印のある場合のみ、保護者に代わって職員が投薬します。

- 医師に朝夕2回での服用を依頼したが、給食後（保育中）の服用が必要な薬であると言われた
- 保護者が保育中に投薬することができない（職場を抜けられない）
- 投薬における全責任は保護者にあることを理解している
- 医療機関からの処方薬である（保護者の判断で持参した薬、市販の薬は対応できません）
- 1回分の袋に名前を書いてこの用紙の裏に貼りつけている（職員に手渡ししてください）

*上記該当にチェックをしてください

保護者署名

㊟ 緊急連絡先
電話番号

投薬依頼書

令和 年 月 日記入

依頼先	こじかこども園 宛
対象児	クラス 氏名 (男・女) 歳 ヲ月
主治医	病院・医院 電話
病名（又は症状）	
(該当するものに○、または明記)	
(1) 持参したくすりは	令和 年 月 日に処方された 日分のうちの本日分
(2) 保管は	室温・冷蔵庫・その他 ()
(3) くすりの剤型	粉・液（シロップ）・外用薬・その他 ()
(4) くすりの内容	抗生物質・解熱剤・咳止め・下痢止め・かぜ薬・外用薬 () (調剤内容)
(5) 使用する日時	令和 年 月 日 午前・午後 時 分 又は 食事（おやつ）の 分前・ 分あと その他具体的に ()
(6) 外用薬などの使用法	
(7) 容器の返却（あり・なし）	薬剤情報提供書（あり・なし）
(8) その他の注意事項	*コピーを添付してください

こども園記載	
受領者サイン	月 日 時 分
保管時サイン	月 日 時 分
投与者サイン	投与時刻 月 日 午前・午後 時 分
実施状況など	園長確認印

こじかこども園保護者様

お薬についてのお願い

園で薬を飲ませる場合、薬と一緒に投薬依頼書を提出していただいています。

薬は粉でもシロップの場合でも、飲ませる分一回のみお預かりします。必ず粉袋や容器にもフルネームで名前を書いて、投薬依頼書の裏に貼って、直接、朝の当番の職員に渡してください。

袋の方は園で処分しますが、シロップの容器や塗り薬の容器は事務所で返すようになりますので、お迎えの時に事務所に取りに来てください。