

お薬依頼書

201 年 月 日

依頼者	保護者名	印	緊急 連絡先	① (続柄)
	クラス名	組		② (続柄)
	園児名			③ (続柄)
病院名	電話番号		主治医	
病名 (様子)	*症状など詳しく記入してください。			
薬剤	1. 持参した薬は、201 年 月 日に処方された 日分のうちの1回分 2. 薬の剤型 (該当するものに○) ※シロップを含み、一回分を持たせてください。 <small>小分け容器は薬局にご相談ください。</small> 粉(顆粒)・液体(シロップ)・外用薬(シップ・軟膏)・その他() 3. 薬の内容(薬効) (名前)			
投薬方法	4. 園で使用する日時 持参 月 日～ 月 日 昼 (食前 種類・食後 種類) (該当するものに○) 時間に飲む薬 時頃 (時間毎) 薬の種類 外用薬などの使用法 薬の取り扱いや飲ませる方法など			
注意事項				
園記入	受付	平成 年 月 日		受取印
	服用日時	月 日 時 分		担任印
		月 日 時 分		
		月 日 時 分		
		月 日 時 分		
		月 日 時 分		
		月 日 時 分		

- * お子様の健康管理は保護者の責任です。(学校保健法の条文)
- * 薬は保護者が与えるべきものですが、緊急やむを得ない場合のみ園で協力する際、投与に
おける事故については、園で責任を負いかねますのでご了承下さい。
- * 記入漏れや印鑑の押し忘れがある場合は投与できません。
- * 薬剤情報提供書の控え(コピー等)と薬をおたよりケースに入れ、登園時に職員に手渡してください。
- * お子様の体調の変化により、連絡をさせていただく場合がございます。電話番号の記入を
お願い致します。(学校保健法の定めにより、園の判断で医療行為を受けることができないため)