※投薬が必要な期間の日付けを、あらかじめ記入して下さい。

日付		保護者 サイン	投薬者、 もしくは返却者 サイン	日付	保護者 サイン	投薬者、 もしくは返却者 サイン
/				/		
/				/		
/				/		
/				/		
/				/		
/				/		
/				/		
/				/		
/				/		
/				/		
/				/		
/				/		
/				/		
/				/		
/				/		
/				/		

日付	保護者 サイン	投薬者、 もしくは返却者 サイン	日付	保護者 サイン	投薬者、 もしくは返却者 サイン
/			/		
/			/		
/			/		
/			/		
/			/		
/			/		
/			/		
/			/		
/			/		
/			/		
/			/		
/			/		
/			/		
/			/		
/			/		
/			/		

投薬依頼書（内服薬）

令和　　年　　月　　日

郡戸こども園園長　様

下記の通り医師の診察をうけたところ、下記の保護者記入欄の内容の通りの指示がありましたので、私に代わって保育施設での与薬をお願いいたします。

【保護者記入欄】　※コピーしてお使いください

組	子ども氏名
医療機関院名	連絡先：
病名（症状）	
薬の処方日	令和　　年　　月　　日　（　　）日分
薬剤名 薬の内容	＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 抗生物質 ・ 咳止め ・ 整腸剤 ・ 鼻水止め・気管支拡張薬・その他
薬の種類	粉末（　種類　袋）・水薬（　　）ml・その他（　　）
投薬時間	昼食前 ・ 昼食後 ・ その他（　　）
薬の保管方法	常温 ・ 冷蔵庫 ・ その他（　　）

※「意見書」と「薬剤情報提供書」か「薬袋」など医師の処方された薬であることを確認できる書類のコピーを必ず添付してください。
　添付されない場合は、「くすり」をお預かりすることはできません。

※１回ずつに分けてお子さんの名前を記入し、当日分のみを手渡しで預けてください。

※服用する期間がわかるように、規定の書類に必要な期間の日付の記入をよろしくお願いします。

※薬を持参し忘れた場合は取りに帰って頂きます。取りに帰っていただけない場合は、必要な薬ではないという判断になり、翌日からの薬の提供はできません。

《保護者確認事項》

上記の保護者記入欄の内容は正確で、記入漏れはありません。
与薬に伴い生じた一切の結果に関するすべての責任は私が負うものとし、与薬に関わった者の責任を問うことはありません。

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

⇩

投薬が必要な期間の日付を、あらかじめ記入して下さい

日付	保護者サイン	投薬者、もしくは返却者サイン	日付	保護者サイン	投薬者、もしくは返却者サイン
／			／		
／			／		
／			／		
／			／		
／			／		
／			／		
／			／		
／			／		
／			／		
／			／		
／			／		
／			／		
／			／		
／			／		
／			／		