依頼日　令和　　年　　月　　日

函館白百合学園幼稚園　園長

投薬依頼書

保護者氏名　　印

次の幼児については、医師との相談の結果やむを得ず、指示により保育時間中に投薬が必要となりました。つきましては、保護者の責任において、下記の要領で投薬を行うように依頼いたします。

<table>
<tr><td>園児名</td><td colspan="2"></td><td>クラス名</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">医療機関名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="4">TEL　　担当医師名【　　】</td></tr>
<tr><td>病名・症状</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>薬の種類</td><td colspan="4">粉　・　シロップ　・　カプセル　・　錠剤
その他（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">投薬方法</td><td rowspan="2">投薬時間</td><td colspan="3">昼食　（　前　・　後　）</td></tr>
<tr><td colspan="3">その他</td></tr>
<tr><td>投薬期間</td><td colspan="4">R　　年　　月　　日　～　R　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>その他</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

【注意事項】

（1）薬は医師の処方によるものに限ります。（市販薬や坐薬はお受けできません。）処方箋があれば提出して下さい。

（2）薬を入れた容器や袋には必ず園児名とクラス名を記載して下さい。

（3）飲み薬（シロップ含む）は1回分ずつ服用できる量に分けて下さい。

（4）心臓疾患、ぜんそく、アレルギーなど慢性的な疾患などで投薬が必要な場合は、医師の診断書を提出して頂きます。

（5）電話による依頼、及び投薬依頼書に不備がある場合は、投薬することはできません。