投　薬　依　頼　書

特定非営利活動法人たけのこキッズ
理事長　坂上　竜次　殿

組　　名【　　組　】
園 児 名【　　】
病　　名【　　】

上記の児童については、医師と相談の結果、指示によりやむを得ず、保育園での保育時間中における投薬が必要になりました。つきましては、保護者の責任において、保育園での児童に対する投薬を下記により行っていただきたく依頼します。

依頼日　平成　　年　　月　　日

保護者名　　印

薬の種別	投薬方法（用法・用量等）	病院から処方された日	園での投薬依頼期間
内服薬	服用時間　食（前・間・後） 服用方法　（そのまま・水で溶く・その他）	月　日	月　日～ 月　日迄
内服薬	服用時間　食（前・間・後） 服用方法　（そのまま・水で溶く・その他）	月　日	月　日～ 月　日迄
塗り薬	回数　（　回）（時間　） 患部（　）	月　日	月　日～ 月　日迄
点眼薬	回数　（　回）（時間　） 患部（左目・右目）	月　日	月　日～ 月　日迄

※　薬を入れた容器や袋には必ず**園児名を記載して下さい。**

保育園記入欄

投薬日						
投薬時間						
投薬者ｻｲﾝ						
見守り者ｻｲﾝ						