投薬依頼について

投薬が医療行為とみなされる為、園児への投薬を行わないことになっております。
病院にかかる際にはお子様が保育園に在園されている事、保育園では原則として薬を飲ませる事が出来ない旨を伝えていただき、家庭で飲ませる事のできる２回分（朝・夜）の調整が可能か医師にご相談ください。
やむを得ず、医師の指示で保育時間中の投薬が必要な場合に限り、投薬を行うこととしますので、下記投薬指示書を記入の上、薬剤情報提供書を添えて施設長（園長）に提出ください。
なお、本依頼書は、使用期間最終日の投与確認後、保育園で保管いたします。

投薬（内服薬・外用薬）依頼書

平成　　年　　月　　日

施　設　長　宛

組　　園児名

保護者名　　㊞

医師の診断を受けたところ、医師の診断通りに家庭での投薬ができませんので、保護者の責任において投薬をお願いいたします。

病院名		TEL	
担当医師名			
薬局名		TEL	
病名又は症状			
試用期間	平成　年　月　日 ～ 平成　年　月　日		
薬の内容	抗生剤 ・ 整腸剤 ・ 咳止め ・ その他（　　）		
	外用薬（ 点眼 ・ 軟膏 ）（軟膏塗布部位 ：　　）		
	その他（　　）		
1回の量	粉薬（　　包 ） ・ 水薬（　　cc ） ・ 錠剤（　　錠 ） ・ その他（　　）		
服用方法	食前 ・ 食間（　　時　　分頃 ） ・ 食後 ・ その他		
その他注意事項			

○保護者依頼印

依頼日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
保護者印											

○保育園記入欄

受領日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
受領者											
投与日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
投与時刻	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
投与者											
投薬後の様子	・異常なし ・異常あり （　）	・異常なし ・異常あり （　）	・異常なし ・異常あり （　）	・異常なし ・異常あり （　）	・異常なし ・異常あり （　）	・異常なし ・異常あり （　）	・異常なし ・異常あり （　）	・異常なし ・異常あり （　）	・異常なし ・異常あり （　）	・異常なし ・異常あり （　）	・異常なし ・異常あり （　）
園長確認印											