

## 投与依頼書

西堀ひかわ幼稚園園長殿

依頼日 平成 年 月 日

下記の園児については、医師と相談の結果、やむを得ず幼稚園での保育時間中における与薬が必要となりました。つきましては、幼稚園で投与を下記の指示書の通り、行っていただきたくお願いいたします。

クラス	
園児名	
依頼者名 (保護者名)	印

### 注意事項

- \* 事前に医師と相談し、幼稚園での投与がどうしても必要と指示があった場合に限り依頼するようにしてください。(処方を受ける際、幼稚園に通園していることを伝え、可能な限り家庭での投与になるよう相談してください。)
- \* この投与依頼書兼投与指示書に加え、薬の説明書(コピー可)を添えて投与初日に直接職員に手渡してください。
- \* 薬は1回分に小分けして、日付・名前を書き当日分のみを持たせてください。
- \* 粉薬を水に溶いて飲ませる場合は、ご家庭で水に溶きプラスチック容器に入れて持たせてください。

## 投与指示書

西堀ひかわ幼稚園園長宛

下記の園児については当院で加療中ですが、登園可能と判断しました。登園の際は、保護者に代わり投与薬をお願いします。

園児名		
病状又は 症状		
投与する 薬について	種類	投与方法
	内服薬 (粒・錠剤)	服用時間 昼食 (前・後) 服用方法 そのまま・水で溶く その他 ( )
	塗り薬	回数 ( ) 回 患部
	点眼薬	回数 ( ) 回 患部 (左目・右目・両目)
	その他の薬	
投与時間	昼食前 ・ 昼食後	
投与期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
園における 注意事項		

指示日	平成 年 月 日
医療機関名 医師名	印
	電話 —