投　薬　依　頼　書

平成　　年　　月　　日

さくら保育園長殿

クラス名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

園児名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

下記の投薬を依頼します。これによって事故が生じても、貴園に対し一切の意義、
不服の申し立ては致しません。

受診日	平成　　年　　月　　日
病名	
受診した病院	
内服薬	かぜ薬・抗生剤・咳止め・下痢止め・その他（　　） 時間：食前・食後　　（　　）包 保管：常温　　冷蔵庫　　その他（　　）
点眼薬	薬の内容：　　場所：左眼・右眼 時間： 保管：常温　　冷蔵庫　　その他（　　）
塗り薬	薬の内容:：　　場所： 時間： 保管：常温　　冷蔵庫　　その他（　　）
症状 (家庭での様子)	熱　　：　　℃ 機嫌　　：　良　　不良 咳　　：　あり　　なし 鼻汁　　：　あり　　なし 食欲　　：　あり　　なし 便の状態　：　普通　　やわらかい　　下痢気味 薬の時間　： その他　　：　（　　）

・この依頼書は、投薬する日ごと薬と一緒に職員に手渡しして下さい。

・薬には名前と日付を書いて下さい。

・薬は、医師の指示によるもののみです。(市販薬はお預かりいたしません。)

保育園記入欄

受取者サイン	投薬者サイン	投薬時間