

幼育学園 幼光園 園長 様

次の児童については、医師と相談の結果、指示によりやむを得ず園での保育時間中における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保育園での園児に対する投薬を下記により行っていただきたく依頼いたします。

依頼日時 令和 年 月 日

保護者名 _____ 印

クラス名		園児名	
医療機関名 担当医師名		電話番号	
病名・症状			
朝薬を飲ませた時間		時	分（4時間はあけて飲ませます。）
薬の種別	・内服薬（粉 ・ シロップ） ・塗り薬 ・ 目薬 ・その他（ ）	服用する数	
		種類	
服用時間	・食前 ・ 食後		
その他の時間			

※ 保護者の署名捺印のない依頼書はお預かりできません。

（注意事項）

1. 薬を入れた容器や袋には必ず園児名を記載して下さい。
内服薬が複数の場合には、名前と番号を記載して下さい。
2. 必ず連絡ノート等でクラス担任にお伝えください。
3. 座薬、市販の薬は投薬できません。