

投薬介助依頼書

保育時間内にやむを得ず投薬の必要がある場合、保護者からの依頼があれば、職員が投薬介助を致します。ただし、投薬後に症状の悪化や副作用があっても、当園ではその責任を負いかねますので、ご了承ください。

のぞみのもり保育園 園長

以下の内容で投薬の介助を依頼します。

年 月 日

園児名： _____ (_____ くん) 保護者氏名： _____

処方医療機関名（医師名）：

処方日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

薬の内容：風邪薬・咳止め・整腸剤・抗生剤・皮膚疾患薬・その他（ _____ ）

水薬	粉薬	錠剤 (カプセル)	点眼 (右 / 左)	塗り薬 部位 (_____)	その他 (_____)
_____ 本	_____ 包	_____ 錠	_____ 本	_____ 個	

用法： 食前 ・ 食後 ・ その他 (_____)

※必ず1回分をご準備ください。

※全ての容器・袋に記名し、職員に渡す前に再度ご確認ください。

※容器は毎回洗うなど、清潔なものを使用してください。

受取	介助者	園長