ぽっぽ保育園における保育には、薬を飲ませる業務は含まれていません。医師に朝、夕の2回に処方していただくようにお願いし家庭で飲まして下さい。どうしても服用しなければなあない薬で、下記に該当する場合には、保護者の署名捺印のある場合のみ、保護者に代わって職員が投薬します。

☐ 医師に朝夕の2回での服用を依頼したが、給食後（保育中）の服用必要な薬であると言われた。
☐ 投薬による全責任は保護者にあることを理解している。
☐ 医療機関からの処方薬であることを理解している。（保護者の判断で持参した薬、市販の薬は対応できません）
☐ 1回分の袋に名前を書いてこの用紙の裏に貼り付けて（職員に手渡しして下さい）手渡しでない場合は投薬できません。

※ 上記にチェック☑をして下さい

保護者署名 ㊞ 又はサイン

緊急連絡先

電話番号

投 薬 依 頼 書

平成　　年　　月　　日 記入

依頼先	ぽっぽ保育園　　宛	
対象児	園児名	（ 男 ・ 女 ）　　歳　　ヵ月
主治医	病院 ・ 医院　　電話 （　　）	－
病名（又は症状）		

（該当するものに〇、又は明記）

〔1〕 持参した薬は　平成　　年　　月　　日 に処方された　　日分のうち本日分
〔2〕 保管は、温室・冷蔵庫その他 （　　）
〔3〕 薬の剤型　粉・液（シロップ）・外用薬・その他 （　　）
〔4〕 薬の内容　粉・液（シロップ）・外用薬・その他 （　　）
（調剤内容）
〔5〕 使用する日時　平成　　年　　月　　日　午前 ・ 午後　　時　　分
又は、食事（おやつ）の　　分前　　分後
その他具体的に（　　）
〔6〕 外用薬などの使用法
〔7〕 容器の返却 （あり・なし）
〔8〕 薬剤情報提供書 （あり・なし）　※ ありの場合コピーを添付してください。

✂ キリトリ ✂

受領者：サイン		月　日　時　分	
保管時：サイン		月　日　時　分	
投与者：サイン		月　日　時　分	
実施状況など	園児名：	園長確認印	