

こども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。保護者の方に給食後に飲ませに来ていただくか、医師に朝夕の2回に処方していただくようお願いして家庭で飲ませてください。どうしても服用しなければならない薬で、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2回での服用を依頼したが、給食後（保育中）の服用が必要な薬であると言われた
- 保護者が保育中に投薬することができない（職場を抜けられない）
- 投薬におけ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（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つけている（職員に手渡ししてください）

\*上記該当にチェックをしてください

保護者署名

㊞ 緊急連絡先  
電話番号

## 投 薬 依 頼 書

令和      年      月      日記入

依頼先	ふたばこども園      宛
対象児	クラス 氏 名      (男・女)      歳      カ月
主治医	病院・医院      電話
病名（又は症状）	
(該当するものに○、または明記) (1) 持参したくすりは 令和      年      月      日に処方された      日分のうちの本日分 (2) 保管は 室温・冷蔵庫・その他 (      ) (3) くすりの剤型 粉・液（シロップ）・外用薬・その他 (      ) (4) くすりの内容（調剤内容） 抗生物質・解熱剤・咳止め・下痢止め・かぜ薬・外用薬 (      ) (5) 使用する日時 令和      年      月      日      午前・午後      時      分 又は 食事（おやつ）の      分前・      分あと その他具体的に (      ) (6) 外用薬などの使用法 *薬剤情報提供書（薬の説明書） のコピーを添付してください (7) その他の注意事項	

※記入漏れがある場合は、薬をお預かりできない場合があります。

園記載				
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	投与時刻	月	日	午前・午後      時      分
実施状況など				

---

薬剤情報提供書のコピーをのりづけで添付

---

くすりをテープで添付