

## 投薬依頼書

<b>投薬依頼日</b>	年	月	日	曜日
園児名		クラス		年齢
保護者名		連絡先	TEL ( )	連絡先名称 ( )
病名		医療機関名	医療機関名 ( )	担当医師名 ( )
薬の種類	<input type="checkbox"/> 風邪 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 胃腸 <input type="checkbox"/> 耳鼻 <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> その他 ( )			
持参した薬は ( 年 月 日 ) に処方された ( 日分 ) のうちの1回分です。 服用期間 月 日 ( ) ~ 月 日 ( ) まで				
薬品名 (記入例: ビオスリー、フロモックス等袋に記載されている薬品名をお書き下さい)				
服用時間	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後			
◎ 記入漏れや薬剤情報提供書が添付されていない場合は投薬をお受けできません。 ◎ 今回の症状で医師が処方した薬かつ一時的な処方薬のみ服用させます。 ◎ 市販の薬はお預かりできません。 ◎ 薬は1回分のみ持参して下さい。(クラス・名前を記載) ◎ 薬を投与したことによる発疹やショック等事故が生じた場合は責任を負いかねます。				
「投薬依頼書について」の内容に同意し、学校法人竹田学園 茶山台幼稚園に <div style="text-align: right;">投薬を依頼します。</div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">             保護者氏名 _____ 印           </div>				

園記入欄	( 年 月 日 ) 投薬しました。 印
------	---------------------

**薬剤情報提供書添付欄**

(「薬の説明書」等の原本orコピーを必ず添付してください)