

(座薬・エピペン等)

投薬指示書

<主治医様記入欄>

学校法人沼田学園 恵光幼稚園

名前 _____

男 ・ 女 _____ 歳

病名 _____

薬名	形状	1回分の用量	用法
		mg 個	

・投薬の指示:

・保管方法:

・投薬の期間: 年 月 日より 年 月 日まで

・その他:

上記のとおり、幼稚園にて投薬してください。

年 月 日

病院名・医師名 _____

印

<保護者様記入欄>

承諾書

<園での対応について>

- ・薬を使用する際は、速やかに保護者へ連絡し、保護者の指示に従って保育教諭が投薬します。
- ・薬の使用時刻を確認、報告します。
- ・薬は医師の指示通り、1回分のお薬を保管します。

<ご家族に承諾して頂くこと>

- ・投薬に関する事故等については一切申し立ていたしません。投薬の責任は全て保護者とします。
- ・毎朝検温し、体調を確認して頂き、熱がある時はご家庭で安静にしてください。
- ・薬の投薬後は、速やかにお迎えに来て下さい。
- ・家で薬を投薬した際は、ご家庭で安静にしてください。 ※2度目の投薬は園では行えません。
- ・薬の保管は 年 月 日までとします。

上記の事を確認、承諾いたします。

年 月 日

保護者氏名 _____

印

<職員記入欄>

備考

日付: 月 日

園長印	投薬者印	預り者印