

投薬依頼書（同意書）

聖籠町長 様

住 所：聖籠町

保護者名： _____ (印)

兒 童 名：

私の子どもについて、医師と相談の結果児童クラブでの保育時間中に、投薬が必要となりました。投薬について、子ども自らの手で投薬が出来ないため、児童クラブの職員による投薬を下記のとおり行っていただきたいので、対応していただきますようよろしくお願いいたします。

また、薬については子どもに持たせることが出来ないため、投薬が必要な期間児童クラブで保管していただきますよう併せてお願いいたします。

なお、投薬をしたことにより、私の子どもに何か異常を生じた場合でも責任は一切において私の方で負うことを確約し、町に賠償請求等はいたしませんので重ねてお願いいたします。

依頼日	令和 年 月 日（ 曜日）
薬名	
医療機関 （担当医師名）	
病名又は症状	

(次の項目に、該当するものに○又は明記してください。)

- ① 持参した薬は、令和 年 月 日に処方された_____薬で____種類です。
- ② 薬の保管は、室温・冷蔵庫・その他（ ）でお願いします。
- ③ 薬の剤形は、粉・錠剤・液(シロップ)・その他（ ）です。
- ④ 薬の内容は、目薬・下痢止め・咳止め・熱冷まし・その他（ ）です。
- ⑤ 使用する日時及び時間
令和 年 月 日から令和 年 月 日までの下記時間帯をお願いします。
(具体的に：_____)
- ⑥ 薬の使用方法
(具体的に：_____)

【裏面に続く】

令和 年 月 日 (曜日)

薬の受領者サイン	薬の投与者サイン
薬の投与時間：()・()・()・()・()	
実施状況、異常の有無など具体的に記載	

令和 年 月 日 (曜日)

薬の受領者サイン	薬の投与者サイン
薬の投与時間：()・()・()・()・()	
実施状況、異常の有無など具体的に記載	

令和 年 月 日 (曜日)

薬の受領者サイン	薬の投与者サイン
薬の投与時間：()・()・()・()・()	
実施状況、異常の有無など具体的に記載	

令和 年 月 日 (曜日)

薬の受領者サイン	薬の投与者サイン
薬の投与時間：()・()・()・()・()	
実施状況、異常の有無など具体的に記載	

令和 年 月 日 (曜日)

薬の受領者サイン	薬の投与者サイン
薬の投与時間：()・()・()・()・()	
実施状況、異常の有無など具体的に記載	

令和 年 月 日 (曜日)

薬の受領者サイン	薬の投与者サイン
薬の投与時間：()・()・()・()・()	
実施状況、異常の有無など具体的に記載	

令和 年 月 日 (曜日)

薬の受領者サイン	薬の投与者サイン
薬の投与時間：()・()・()・()・()	
実施状況、異常の有無など具体的に記載	

令和 年 月 日 (曜日)

薬の受領者サイン	薬の投与者サイン
薬の投与時間：()・()・()・()・()	
実施状況、異常の有無など具体的に記載	

令和 年 月 日 (曜日)

薬の受領者サイン	薬の投与者サイン
薬の投与時間：()・()・()・()・()	
実施状況、異常の有無など具体的に記載	

令和 年 月 日 (曜日)

薬の受領者サイン	薬の投与者サイン
薬の投与時間：()・()・()・()・()	
実施状況、異常の有無など具体的に記載	

令和 年 月 日 (曜日)

薬の受領者サイン	薬の投与者サイン
薬の投与時間：()・()・()・()・()	
実施状況、異常の有無など具体的に記載	

令和 年 月 日 (曜日)

薬の受領者サイン	薬の投与者サイン
薬の投与時間：()・()・()・()・()	
実施状況、異常の有無など具体的に記載	

令和 年 月 日 (曜日)

薬の受領者サイン	薬の投与者サイン
薬の投与時間：()・()・()・()・()	
実施状況、異常の有無など具体的に記載	

令和 年 月 日 (曜日)

薬の受領者サイン	薬の投与者サイン
薬の投与時間：()・()・()・()・()	
実施状況、異常の有無など具体的に記載	

令和 年 月 日 (曜日)

薬の受領者サイン	薬の投与者サイン
薬の投与時間：()・()・()・()・()	
実施状況、異常の有無など具体的に記載	

