

## 投薬に関する同意書

本来、園では、薬を飲ませることはできないのですが、緊急ややむを得ない理由のときは、保護者と園側で話し合いの上、園の担当者が保護者に代わって薬を与えます。

投薬を行う際は、保護者への連絡確認を基本としておりますが、万一連絡がとれない場合や、緊急を要すると判断した場合など、投薬を行わない場合の不利益と行った場合の利益および生じうる危険性について、理解したうえで、園の職員による投薬をします。

また、お子さまが服用を嫌がったり、吐きだしたり、投薬の際飲みこぼした場合などは、それ以上の投薬は行いませんのでご了承ください。

その薬を投薬したことによる発疹やショック等の事故が生じた場合、園では責任を負いかねますのでご了承ください。

認定こども園リーチェル幼稚園御中

## 同意書

常に園からの連絡に対応できるよう努力いたしますが、  
万一連絡がとれない場合や緊急を要する場合は、園の判断で  
投薬することに同意いたします。

上記事項を承諾し、園での投薬を依頼いたします。

令和 年 月 日

園児氏名

保護者氏名

㊞

投薬(内服薬・外用薬)依頼書

令和 年 月 日

認定こども園 リーチェル幼稚園 園長宛

\_\_\_\_\_組 園児名\_\_\_\_\_

保護者名\_\_\_\_\_ (印)

医師の診断を受けたところ、下記のとおり指示がありましたので、お願い致します。

病院名		TEL	
担当医師名			
薬局名		TEL	
病名又は症状			
使用期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日 食前 食後 その他( )		
薬の内容	粉 液(シロップ) 外用薬(点眼・軟膏)(軟膏塗布部位: ) その他( )		
投与方法 ※水に溶く等			
その他注意事項			

◎保護者依頼印

依頼日	/	/	/	/	/	/	/
保護者 サイン							

◎園記入欄

受領日	/	/	/	/	/	/	/
受領者							
投与日	/	/	/	/	/	/	/
投与時刻							
投与者							
投与確認者							

\* 薬剤情報提供書を添えて、直接職員に手渡しでお願いいたします。

※上記の投薬が終了しましたら、投与内容をご確認いただき、この用紙は園で保管致しますので、再度担任に提出して下さい。