

治 癒 証 明 書

氏名 _____

年 月 日生

病名 _____

上記の疾患のため平成 年 月 日より治療開始
平成 年 月 日全治したことを証明する。

医療機関名

医師

Ⓜ

.....き.....り.....と.....り.....せ.....ん.....

治 癒 証 明 書

氏名 _____

年 月 日生

病名 _____

上記の疾患のため平成 年 月 日より治療開始
平成 年 月 日全治したことを証明する。

医療機関名

医師

Ⓜ

《薬の投与について》

園での園児への投薬は、原則として出来ないことになっておりますが、保護者の方が日中投薬できないため、保護者の代理として薬を預かり投薬致します。

薬は医師が処方したものに限りませので、処方内容が明記されている用紙の写しを添付してください。(調剤薬局の『薬の説明書』等で結構です)

- ①投薬依頼書の提出がない場合、記入漏れがある場合は、投薬できません。
- ②医師が処方した薬以外の薬(市販薬等)はお預かりできません。
- ③誤薬・紛失や薬の飲み忘れを防ぐため、投薬依頼の間は、毎日その日の分をお持参ください。

薬の袋や容器に、クラス名、氏名、日付を明記してください。

- ④液薬は、1回分を小さな容器に分け、ビニール袋に入れてください。

*園での投与は必要最低限におさえないので、1日2回に出来る場合もありますので、医師と相談してください。

*外用薬(ぬり薬・目薬・座薬)などは原則受け付けることができません。

*投薬依頼書はコピーしてお使いください。

.....キリトリセン.....

投 薬 依 頼 書

依頼日 年 月 日

津こども園 園長 様

保護者名 _____ 印

以下の薬の投与をいらいします

クラス名		園児名	(歳)
病 名		処方日	月 日 ~ 月 日
処方された 医療機関名		Tel ()	-
薬の種別	投薬方法(用法・用量等) ※投薬時間は、給食の前後です		
内 服 薬	服用時間 [食前 分]	[食後 分]	
	服用用量 [粉薬 包]	[液薬 CC]	*1回分を小さい容器に入れる
そ の 他			