

# 投薬依頼書

弊社スタッフがお子様へ投薬を行うことは医療行為とみなされるため、下記の場合のみお受けいたします。

1. やむをえず保護者様が投薬することができない場合であること。
2. 保護者様からのご依頼があること。
3. 薬は通院先の医師が処方し、調剤したもの、あるいはその医師の処方によって薬局で調剤したものであること。保護者のご指示による市販薬であること。（常備薬・漢方薬・K2シロップ・虫刺され薬・虫よけスプレー・保湿クリームなども含む）
4. 座薬は、原則として使用しません。（弊社は病児・病後児保育を行っていないため、発熱のある場合は直ちにお引渡しさせていただきます）
5. 投薬依頼書に保護者様のご記入のうえ、下記を添付してください。
  - ・ 処方薬：処方箋コピー・お薬手帳コピーの添付あるいはお薬の名前を記入。
  - ・ 市販薬：市販薬の説明書・パッケージの添付あるいはお薬の名前記入。

===ここからお客様記入欄===

上記の内容に同意します。

お子様氏名 / Child's Name	
ご記入者 / Parent's Name	
投薬日 / Medication Date	年 月 日
病名、当日あるいは前日の具体的な症状 / Name of Sickness / Symptoms of the day	
お薬の名前 / Name of the medicine	
飲ませ方など / How to drink or use	時間 : 飲ませ方
保管方法など / Storage method	
処方箋調剤日 / Prescription Date	年 月 日
処方した病院 / Prescribing Hospital	

===ここから弊社使用欄===

担当者名	
投薬日時	年 月 日 :