

投薬依頼書

笹沖認定こども園 園長様

令和 年 月 日

笹沖認定こども園 組

園児名 _____

保護者名 _____ (印)

(病院・医院) より処方された下記の薬剤について、保育園での保管をお願いいたします。また、症状が出現した場合(緊急時)には、保育園での使用及び下記の対応をお願いします。

1. 内服薬

薬品名	使用するタイミング	注意事項

2. アドレナリン自己注射薬「エピペン」について

(1) 使用するタイミング

()

(2) 注意事項

()

(3) エピペン有効期限 令和 年 月 日

3. 救急車を要請する目安

()

4. 緊急時、保護者と連絡がつかない場合の対応

()

5. 緊急搬送を希望する医療機関名

()