

組 園児名

依頼先	井原市美星保育園	
依頼者	保護者氏名 _____	電話(_____)
医療機関名	電話(_____)	
病名または症状		
①服薬期間	_____年_____月_____日～_____年_____月_____日	
②投薬方法 (該当するものに○)	食前・食間・食後・その他(_____)	
③薬の剤型 (該当するものに○)	・粉 _____包 ・ 塗り薬 _____種類 ・ 点眼薬 _____種類 ・その他(シロップ・錠剤など) _____種類 ・ _____錠	

(注)○薬包・容器等にもひとつずつ、はっきりと園児名・薬品名・日付を記入してください。
 ○薬は必ず1回分に分け、投薬依頼票・薬剤情報提供書(コピー可)と一緒に職員に手渡してください。
 ○医師の診断による処方薬に限ります。市販薬や過去に処方された薬などは対応できません。

(※この用紙は保育園で保管します)

保育園記入欄	投薬者サイン	投与日・時刻						
		サイン						
	保護者確認							

