

組 園児名

依頼先	せいびキッズ小規模保育園
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	投与日時						
	サイン	サイン						
	保護者確認							