

投薬依頼票(保護者記載用) _____ 年 月 日

_____ 組 園児名

依頼先	せいび保育園
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					

