

投薬依頼票(保護者記載用)

年 月 日

組 園児名

依頼先 せいび四季が丘保育園
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	投薬日						
		投与時刻						
		サイン						
	保護者確認							

