

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						