

投 薬 依 頼 票

依頼先 (明日香・たかとり) 保育園園長 宛

組	園児名	男・女
生年月日	年 月 日	歳 か月
保護者氏名		
連絡先 (Tel)	※いつでも確実に連絡できる方	

病名・症状			
薬の作用	抗生物質・抗けいれん薬・抗アレルギー薬・かゆみ止め その他 ()		
種類と投薬量 投薬時間 ※該当欄に記入	散薬 (粉薬)	1 回に	包 昼食前・昼食後
	水薬 (シロップ)	1 回に	目盛 昼食前・昼食後
	座薬	1 回に	個 発熱時 (°C) で
	外用薬 (ぬり薬・点眼薬)	1 日	回 塗布する部位 ()
処方日	年 月 日に処方されました		
処方医師	医院・病院	医師名	
投薬する日	年 月 日のみ投薬		
投薬する期間	年 月 日から 年 月 日まで毎日投薬		
薬剤預かり期間	(抗けいれん薬など) 年 月 日まで預かります		
特記事項			

保育園記載欄			
投薬保育士名	印		
投薬時刻	月 日	午前・午後	時 分

※この投薬依頼票は必ず保護者が記入して下さい。

※事前に医師と相談し可能な限り家庭での投薬をお願いします。

どうしても保育時間内の投薬が必要になった場合に限りお預かりします。

※薬は医師が処方したものに限りです。

薬剤情報提供書を添えて登園時に保育士に手渡しして下さい。

※薬は1回分ずつに分けて園児名、日付を必ず記載して下さい。