

投薬依頼書

園児名

保護者名

以下の薬を保護者に代わって、保育士が服薬させることを依頼します。

薬を飲ませる日	平成 年 月 日
病名(または症状)	
処方された病院 医院名	TEL
薬の種類 (個数を記入)	<input type="checkbox"/> 水薬() <input type="checkbox"/> 粉薬() <input type="checkbox"/> 軟膏() <input type="checkbox"/> 目薬() <input type="checkbox"/> その他()
投薬時間	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他()
投薬方法	<input type="checkbox"/> 口にそのまま入れて飲む <input type="checkbox"/> スプーンの上で溶かして飲む <input type="checkbox"/> () に混ぜて飲む <input type="checkbox"/> 数滴の水で練り口に入れて飲む <input type="checkbox"/> その他()

※内服する薬は1回分にし、袋に入れて持参してください。袋には氏名を記入してください。

※処方内容が明記されている用紙をご持参ください。

※医師が処方した薬以外の薬(市販薬など)はお預かりできません。

以下は保育園で記入します。

薬の種類確認 薬品名

投薬時間確認 時 分 投薬

投薬方法確認 内服 外用 塗布 点眼 吸入 その他()

投薬確認者

投薬者