投薬依頼書（保護者記載用）

令和　　年　　月　　日

1．依頼先　　認定こども園　片浜桜

2．依頼者　　保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

子ども氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

子どもの生年月日　令和　　年　　月　　日生

3．主治医　　医師名

病院・医院名

TEL（　　）－（　　）－（　　）

4．病名（症状等）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

5．薬にわたる詳細

持参した薬は＿＿＿月＿＿＿日に処方された＿＿＿日分の **本日分**です。

名称（数量）	形状	使用する時	内容	保管
（　）	内服薬 粉・液（シロップ）・錠剤 外用薬 ぬり薬　目薬	食前・食中・食後 その他 （　　）	抗生物質 解熱剤・咳止め 下痢止め・痛み止め その他 （　　）	常温 冷蔵 その他
（　）	内服薬 粉・液（シロップ）・錠剤 外用薬 ぬり薬　目薬	食前・食中・食後 その他 （　　）	抗生物質 解熱剤・咳止め 下痢止め・痛み止め その他 （　　）	常温 冷蔵 その他
（　）	内服薬 粉・液（シロップ）・錠剤 外用薬 ぬり薬　目薬	食前・食中・食後 その他 （　　）	抗生物質 解熱剤・咳止め 下痢止め・痛み止め その他 （　　）	常温 冷蔵 その他

必要な事項を記載または○印で記入してください。

薬の処方・使用に際しての注意事項等

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

薬剤情報提供書　　（　あり　・　なし　）

投薬依頼表　※保護者が記入

この用紙は園に保管しますので、投薬が終了したら終了確認印を押印して提出をお願いします。

依頼日	／　（　）	／　（　）	／　（　）	／　（　）	／　（　）	終了確認印
保護者 印またはサイン						
受領担当職員						
投薬担当職員 （ダブルチェック）						
投薬時間	：	：	：	：	：	