

# 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、保育教諭・看護師が服薬させることを依頼します。

薬を飲ませる日	令和 年 月 日 ~ 月 日まで
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める <input type="checkbox"/> スプーンの上で溶かして飲める <input type="checkbox"/> ( ) に混ぜて飲める <input type="checkbox"/> 数滴の水で練り口に入れて飲める <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。

以下は園で記入します。

<input type="checkbox"/> 薬の種類確認	薬品名
<input type="checkbox"/> 投薬時間確認	時 分 投薬
<input type="checkbox"/> 投薬方法確認	<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 外用 <input type="checkbox"/> 塗布 <input type="checkbox"/> 点眼 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> その他( )

投薬確認者

投薬者