

投薬依頼書

医師の指示により保育時間中に投薬することが必要となりました。
以下の薬の投与を依頼します。

依頼日 令和 年 月 日 ()

クラス _____ 名前 _____

保護者 _____ (印)

病名			
病院名	TEL		
薬の内容	抗生剤 ・ かぜ薬 ・ 整腸剤 ・ 下痢止め ・ せき止め ・ 点眼 ・ 軟膏 ・ その他		
薬の保管	室温	冷蔵庫	その他
1回の量	粉薬(包) 錠剤(錠) 水薬(ml) 1回分を入れてください		
ぬい薬	患部() 回数() 使用期間 日～ 日		
点薬	右眼 ・ 左眼 ・ 両眼 回数()		
服用方法	食前 ・ 食後 ・ その他()		
園記載	受取者サイン		投薬者サイン
	服用後の様子	異常なし ・ 異常あり	投与時間

投薬報告書

令和 年 月 日 名前 _____

(保護者が園児名を記入してください)

受取者サイン	投薬者サイン	
服用後の様子	異常なし ・ 異常あり	投与時間