投薬依頼書

もりのはな保育園　宛

下記の通り投薬をお願いします。

依頼日：　令和　　年　　月　　日

園児氏名		保護者氏名	

病　　名	
症　　状	
受診医療機関	
受　診　日	年　　月　　日
薬の用途	風邪　咳　下痢　中耳炎　その他(　　)
薬の種類	粉薬　水薬　塗薬　点眼薬　その他(　　)
投薬時間	食前　・　食間　・　食後　・　その他（　　）

※医師の指示による薬のみ受け付けています。そのため、座薬や市販薬は投薬できません。
※この投薬による一切の責任は負いかねます。
※この依頼書は最大一週間単位となります。週を越えて投薬が必要な場合は再度提出して下さい。
※使用する薬は一回分のみお持たせください。薬は毎回職員に手渡しして下さい。
※薬剤情報も添付して下さい。(おくすり手帳のコピーでも可)
※薬の内容が変更の場合は、再度投薬依頼書を提出して下さい。
※薬を入れた容器や袋には必ず園児名を記載してください。
※以前に処方されて残っていた薬や、本人以外の薬は投薬できません。

【園使用欄】

投　薬　日	／	／	／	／	／	／
受領者サイン						
投薬者サイン						
確　認　印						