

## 投薬依頼書

平成 年 月 日			
クラス名	組	園児名	
年齢	歳	ヶ月	保護者名
医療機関名 (電話番号)	( )		担当医師名
<p>※該当する箇所を○印を付けて下さい。</p> <p>1, 薬を処方された日                    月                    日</p> <p>2, 薬 名……                    風邪薬   お腹の薬   皮膚の薬   目薬   耳の薬(計      個)</p> <p style="padding-left: 100px;">その他(                    )</p> <p>3, 薬の種類……                    飲み薬   塗り薬   その他(                    )</p> <p>4, 投薬時間……                    食前   食後   その他(                    )</p> <p>5, 服用方法……                    そのまま   水で溶く   その他(                    )</p> <p>6, その他連絡事項(症状等)</p> <p>【お願い】</p> <p>①薬(本日服用分)、処方箋コピーをこの用紙と一緒に園の職員にお渡し下さい。</p> <p>②薬の説明書かおる場合は園の職員にお見せ下さい。</p> <p>③薬を入れた容器や袋には誤飲防止のため必ずお子さんの名前を記入下さい。</p> <p>④慢性の病気(心臓疾患、喘息、アレルギー等)で薬が必要となる場合には、医師の指示に従い、事前に園長にご相談下さい。</p> <p>⑤本日の連絡先をご記入下さい。</p>			
連絡先			
電話番号			

※園側記載欄です。記入しないで下さい。	
受領月日	年      月      日
受領者	
受領時間	時      分
保管者	
投与者	
投与時間	午 前 ・ 午 後 時                    分
特記事項	