投薬依頼票（保護者記載用）　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　組　　園児名

|  |
| --- |
| 依頼先　　　　出部保育園 |
| 依頼者　　　　　保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話（　　 　　　　　　　）　　 |
| 医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　 　電話（　　 　　　　　　　）　　　　 |
| 病名または症状 |
| ①服薬期間　 　 　年　 　　月　　　　 日～　 　　年　 　 　月　　　 　日 |
| ②投薬方法　（該当するものに○）食前　・　食間　・　食後　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| ③薬の剤型　（該当するものに○）　・粉　　　　　　包 　・ 塗り薬　　 　　種類 　・ 点眼薬　　　　種類・その他（シロップ・錠剤など）　 　　 　種類 ・　　　 　　　錠　　　 |

（注）○薬包・容器等にもひとつずつ、はっきりと園児名・薬品名を記入してください。

　　　○薬は必ず１回分に分け、投薬依頼票・薬剤情報提供書（コピー可）と一緒に職員に

手渡してください。

　　　○医師の診断による処方薬に限ります。市販薬や過去に処方された薬などは

対応できません。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※この用紙は保育園で保管します）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保育園記入欄 | 投薬者サイン | 投与時刻 |  |  |  |  |  |  |
| サイン |  |  |  |  |  |  |
| 保護者確認 |  |  |  |  |  |  |