

投薬依頼票 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

\_\_\_\_\_組 園児名 \_\_\_\_\_

依頼先	芳井 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。)

※-----切り取り線-----

※持ち帰りましたら確認をお願いします。続けて投薬する場合は持参してください。

投薬者 サイン	投与日時				
	投与時刻				
	投薬者名				
保護者確認					

投薬依頼票 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

\_\_\_\_\_組 園児名 \_\_\_\_\_

依頼先	芳井 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。)

※-----切り取り線-----

※持ち帰りましたら確認をお願いします。続けて投薬する場合は持参してください。

投薬者 サイン	投与日時				
	投与時刻				
	投薬者名				
保護者確認					