

お薬依頼書

R 年 月 日

病後完治の目的にて医師より保育中の服用の指示があり
保護者に代わって投薬をお願いします。

記

《必要な項目を○で囲んで下さい》

- ・医療関係に朝、夕の2回にできるよう依頼
したが、昼も服用するように言われた はい・いいえ
- ・薬は1回分である はい・いいえ
- ・自宅で服用済みで初めてではない はい・いいえ
- ・薬の内容が確認できる書類を添付している はい・いいえ
- ・市販の薬や頓服のくすりではない はい・いいえ

依頼先		長房みなみ保育園				
クラス名		園児名		保護者名		
病院名		病名		処方日	種類 (数)	
薬の種類				投薬方法		
粉薬	水薬	塗り薬	点眼	点鼻	食前	食後
点耳	その他 ()			その他 ()		
その他注意点						
受付保育士		担任		投薬担当		

お薬依頼書

R 年 月 日

病後完治の目的にて医師より保育中の服用の指示があり
保護者に代わって投薬をお願いします。

記

《必要な項目を○で囲んで下さい》

- ・医療関係に朝、夕の2回にできるよう依頼
したが、昼も服用するように言われた はい・いいえ
- ・薬は1回分である はい・いいえ
- ・自宅で服用済みで初めてではない はい・いいえ
- ・薬の内容が確認できる書類を添付している はい・いいえ
- ・市販の薬や頓服のくすりではない はい・いいえ

依頼先		長房みなみ保育園				
クラス名		園児名		保護者名		
病院名		病名		処方日	種類 (数)	
薬の種類				投薬方法		
粉薬	水薬	塗り薬	点眼	点鼻	食前	食後
点耳	その他 ()			その他 ()		
その他注意点						
受付保育士		担任		投薬担当		