

【薬の服用依頼票】

保育園長 宛

医師の診察を受けたところ下記の通り指示がありましたので園での投与をお願いします。

年 月 日提出

クラス		氏名		年齢		歳 保護者名		
病名				受診した 病院			薬の処方年月日 月 日	薬の服用指示期間 月 日～ 月 日
薬の 取り扱い について	薬の 種類	飲み薬		塗り薬		その他の薬		保管の仕方 <input type="checkbox"/> 室温 <input type="checkbox"/> 冷蔵庫 <input type="checkbox"/> その他 ()
		<input type="checkbox"/> 水薬 (種) <input type="checkbox"/> 錠薬 (種) <input type="checkbox"/> 粉薬 (種)						
	投与時間	<input type="checkbox"/> 昼食前 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> その他 (時 分頃)		時 分頃 その他 ()		時 分頃 その他 ()		
与薬希望日	/	/	/	/	/	/	備考	
保育園記載	受取者 [㊤]							
	与薬者 [㊤]							

- ・薬は1回の分量のみを、その都度持参し、職員に手渡してください。
- ・この依頼票で依頼できるのは1週間分までです。それ以上の服用を依頼する場合は再提出をしてください。
- ・長期服用を依頼する場合は医師の指示書、または投薬期間が明記されている薬剤説明書などを添付してください