

投薬依頼票

令和 年 月 日

園児氏名 _____

医療機関について		病院名:	医師名:		
薬の種類について 該当する欄に ○/記入	粉薬	薬名:		種類	袋
	シロップ	薬名:		種類	CC
その他の注意事項:					

以上私は園内で投薬するお薬について、はっぴー 園に一任します。

保護者氏名 _____ 印 _____

与薬確認記録表

令和 年 月 日	午前	午後	時	分		
令和 年 月 日	午前	午後	時	分		
令和 年 月 日	午前	午後	時	分		
令和 年 月 日	午前	午後	時	分		
令和 年 月 日	午前	午後	時	分		

※投薬依頼日の保護者印に必ず印鑑を押して下さい。印がない場合は投薬することができません。

※お薬は必ず1回分にして薬の袋や容器に子供の名前を記入し、投薬依頼票と一緒に直接職員に手渡してください。

※処方内容に変更が無い場合は、投薬依頼表の有効期限は原則として処方日から5日以内です。
変更がある場合は新しい投薬依頼票に記入ください。

※医療機関についての欄は緊急時に連絡を取る際に使用します。必ず処方された医院名を記入して下さい。