

投薬依頼票

令和 年 月 日

園長

医師の診断の結果、薬の投与が必要となりました。

下記の通り、私に代わり投薬をお願いいたします。

尚、この与薬により、何か異常な事態が生じても、園への責任は問いません。

お子さまの氏名		クラス名				
保護者氏名						
病院名		TEL				
診断名						
処方期間						
依頼期間						
薬の剤型	粉末	包・シロップ	個・外用薬	個	計	種類
投薬時間	食前・食後・その他（ ）					
備考欄						

与薬確認記録表

保護者印	投薬日	投薬時間	薬預かり印	実施印
	令和 年 月 日	時 分		
	令和 年 月 日	時 分		
	令和 年 月 日	時 分		
	令和 年 月 日	時 分		
	令和 年 月 日	時 分		

※投薬依頼日の保護者印に必ず印鑑又はサインをしてください。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回分にして薬の袋及び容器に園児名を記入してください。

※お薬、投薬依頼票、薬剤情報提供書を保育士、または看護師に手渡してください。

※与薬を依頼された際は、登園前に内服や塗布、貼付等の時間を連絡帳にご記入いただくか、登園時に職員よりお伺いさせていただきます。

※長期与薬が必要となり与薬確認記録表の欄が足りなくなった場合は、新たな用紙をお渡しいたしますので職員までお声がけください。

2024年12月改訂