

# 投薬依頼書

令和 年 月 日

所属園 \_\_\_\_\_

クラス \_\_\_\_\_

園児氏名 \_\_\_\_\_

医療機関について	病院名：	医師名：
病名		
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（ ）	
特記事項		

保護者氏名 \_\_\_\_\_

## 【投薬確認記録表】

保護者印	投薬依頼日	投薬時間	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回分にして薬の袋や容器に園児名を記入し、投薬依頼書と薬剤情報提供書と一緒に直接職員に手渡してください。

※長期与薬が必要となり投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するので職員までお知らせください。

※医療機関についての欄は緊急時に連絡をとる際に使用します。必ず処方された病院名を記入してください。