

投薬依頼書（保護者記載用）

平成 年 月 日

1. 依頼先 認定こども園 片浜桜

2. 依頼者 保護者氏名 _____

子ども氏名 _____

子どもの生年月日 平成 年 月 日生

3. 主治医 医師名
 病院・医院名
 Tel () - () - ()

4. 病名（症状等） _____

5. 薬にわたる詳細
 持参した薬は _____ 月 _____ 日に処方された _____ 日分の 本日分

名称（数量）	形状	使用する時	内容	保管
()	内服薬 粉・液（シロップ）・錠剤	食前・食中・食後	抗生物質 解熱剤・咳止め	常温 冷蔵
	外用薬 ぬり薬 目薬	その他 ()	下痢止め・痛み止め その他 ()	その他
()	内服薬 粉・液（シロップ）・錠剤	食前・食中・食後	抗生物質 解熱剤・咳止め	常温 冷蔵
	外用薬 ぬり薬 目薬	その他 ()	下痢止め・痛み止め その他 ()	その他
()	内服薬 粉・液（シロップ）・錠剤	食前・食中・食後	抗生物質 解熱剤・咳止め	常温 冷蔵
	外用薬 ぬり薬 目薬	その他 ()	下痢止め・痛み止め その他 ()	その他

必要な事項を記載または○印で記入してください。

薬の処方・使用に際しての注意事項等

薬剤情報提供書 (あり ・ なし)

投薬確認表 ※保育教諭が記入

投薬日	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
預かった職員					
投薬者					
投薬時間	:	:	:	:	:
クラス担任確認					