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

℡（　　）－（　　）－（　　）

４．病名（症状等）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

５．薬にわたる詳細

①持参した薬は＿＿＿＿月＿＿＿＿日に処方された＿＿＿＿日分の本日分

②保管は（　常温　・　冷蔵　・　その他　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

③薬の剤型（　粉　・　液(シロップ)　・　外用薬　・その他＿＿＿＿＿＿＿＿）

④薬の内容（　抗生物質　・　解熱剤　・　咳止め　・下痢止め

かぜ薬　・　外用薬　・　その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

⑤使用する日時

平成　　年　　月　　日の　　（　午前　・　午後　）　　時　　分　または、

（　食事　・　おやつ　）の　　分前、あるいは　　分後

その他具体的に＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

⑥外用薬などの使用法

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

⑦薬の処方に際しての注意事項等

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

⑧薬剤情報提供書　　（　あり　・　なし　）

必要な事項を記載または○印で記入してください。

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					