

投薬依頼書（保護者記載用）

令和 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 (H/R) 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**です。

| 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 外用薬 ぬり薬 目薬 | 食前・食中・食後 その他 () | 抗生物質 解熱剤・咳止め 下痢止め・痛み止め その他 () | 常温 冷蔵 その他 |
| () | 内服薬 粉・液 (シロップ)・錠剤 外用薬 ぬり薬 目薬 | 食前・食中・食後 その他 () | 抗生物質 解熱剤・咳止め 下痢止め・痛み止め その他 () | 常温 冷蔵 その他 |
| () | 内服薬 粉・液 (シロップ)・錠剤 外用薬 ぬり薬 目薬 | 食前・食中・食後 その他 () | 抗生物質 解熱剤・咳止め 下痢止め・痛み止め その他 () | 常温 冷蔵 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)

投薬依頼表 ※保護者が記入

| 依頼日 | / () | / () | / () | / () | / () | 終了確認印 |
|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 保護者 印またはサイン | | | | | | |

この用紙は園に保管しますので、投薬が終了したら確認印を押印して提出をお願いします。

確認表 ※保育教諭が記入

| 投薬日 | / () | / () | / () | / () | / () |
|------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 受領担当 職員 | | | | | |
| 投薬担当 職員 | | | | | |
| 投薬時間 | : | : | : | : | : |