

投 薬 依 頼 書

平成 年 月 日	児童名			
保護者名	連絡先電話			
病院・医院 (主治医)				
病名 (または症状)				
① 持参したくすりは 年 月 日に処方された薬です				
② 保管は 冷蔵庫・その他 ()				
③ くすりの剤型 (該当するものに○) 粉 (袋) ・ 液 (シロップ) ・ 外用薬 ・ その他 ()				
④ くすりの内容 抗生物質 ・ 咳止め ・ 下痢止め ・ かぜ薬 ・ 塗布薬 ・ 点眼薬				
⑤ 使用する時間 食前 ・ 食間 ・ 食後 その他具体的時間 ()				
⑥ 外用薬などの使用法				
⑦ その他注意事項				
薬剤情報提供書 あり ・ なし				
依頼日 月 日 ()	印	受領者名	時	分
		投薬者名	投薬時間	午前・午後 時 分
依頼日 月 日 ()	印	受領者名	時	分
		投薬者名	投薬時間	午前・午後 時 分
依頼日 月 日 ()	印	受領者名	時	分
		投薬者名	投薬時間	午前・午後 時 分
依頼日 月 日 ()	印	受領者名	時	分
		投薬者名	投薬時間	午前・午後 時 分

※必ず職員に手渡ししてください。(バス利用の方はバス当番職員に手渡ししてください。)

水之上こども園