

投薬依頼票(保護者記載用) \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

組 園児名 \_\_\_\_\_

(注)

- 薬包・容器等にもひとつずつ、はっきりと園児名・薬品名を記入してください。
- 薬は必ず1回分に分け、投薬依頼票・薬剤情報提供書(コピー可)と一緒に職員に手渡してください。
- 医師の診断による処方薬に限ります。市販薬や過去に処方された薬などは対応できません。

依頼先	いばら保育園
依頼者	保護者氏名 _____ 電話( _____ )
医療機関名	_____ 電話( _____ )
病名または症状	_____
①服薬期間	_____年 ____月 ____日 ~ _____年 ____月 ____日
②投薬方法 (該当するものに○)	食前・食間・食後・その他( _____ )
③薬の剤型 (該当するものに○)	・粉 ____包 ・塗り薬 _____種類 ・点眼薬 _____種類 ・その他(シロップ・錠剤など) _____種類 ・ _____錠

保育園記入欄	受取日					
	受取者印					
	投与時間					
	投与者印					
	保護者確認印					