

## 投薬依頼書

さわらび福祉会

園長・ルーム長殿

医師の診察を受けたところ投薬の指示がありましたので、保護者の責任において、保育教諭による投薬を依頼します。

令和 年 月 日 ( )

保護者名( )

クラス		園児名	
診断名・症状			
病院名	TEL :	薬局名	TEL :
処方日	令和 年 月 日 ( )	薬の内容	例：整腸剤
薬の種類 (個数を記入)	《飲み薬》 粉薬 ( ) ・ シロップ ( ) 《外用薬》 目薬( ) [ 左目 ・ 右目 ] 塗薬( ) 《その他》		
使用日	年 月 日 ( )		
投薬時間	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 午睡前 <input type="checkbox"/> 午睡後
	0歳児	午前 <input type="checkbox"/> 離乳食前 <input type="checkbox"/> 離乳食後	<input type="checkbox"/> おむつ交換時 その他( )
		午後 <input type="checkbox"/> 離乳食前 <input type="checkbox"/> 離乳食後	
特記事項			

### ○注意事項

※薬と依頼書は、必ず受け入れ職員に手渡しして下さい。その場で内容を確認いたします。

※内服薬は1回分のみ持参して下さい。(薬の容器・袋には児童の氏名を必ず記入して下さい。)

※外用薬は継続して使用が必要な場合でも毎日お返しいたします。

※医師が処方した薬以外の薬(市販薬など)はお預かり出来ません。

※依頼書に記入漏れがあった場合、カバンの中に入っている等職員が直接お預かりしていないものは、投薬できませんのでご了承ください。

職員記入欄			
預かり職員	投薬時間	投薬職員	特記事項
	:		

## 投薬依頼書

さわらび福祉会

園長・ルーム長殿

医師の診察を受けたところ投薬の指示がありましたので、保護者の責任において、保育教諭による投薬を依頼します。

令和 年 月 日 ( )

保護者名( )

クラス		園児名	
診断名・症状			
病院名	TEL :	薬局名	TEL :
処方日	令和 年 月 日 ( )	薬の内容	例：整腸剤
薬の種類 (個数を記入)	《飲み薬》 粉薬 ( ) ・ シロップ ( ) 《外用薬》 目薬( ) [ 左目 ・ 右目 ] 塗薬( ) 《その他》		
使用日	年 月 日 ( )		
投薬時間	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 午睡前 <input type="checkbox"/> 午睡後
	0歳児	午前 <input type="checkbox"/> 離乳食前 <input type="checkbox"/> 離乳食後	<input type="checkbox"/> おむつ交換時 その他( )
		午後 <input type="checkbox"/> 離乳食前 <input type="checkbox"/> 離乳食後	
特記事項			

### ○注意事項

※薬と依頼書は、必ず受け入れ職員に手渡しして下さい。その場で内容を確認いたします。

※内服薬は1回分のみ持参して下さい。(薬の容器・袋には児童の氏名を必ず記入して下さい。)

※外用薬は継続して使用が必要な場合でも毎日お返しいたします。

※医師が処方した薬以外の薬(市販薬など)はお預かり出来ません。

※依頼書に記入漏れがあった場合、カバンの中に入っている等職員が直接お預かりしていないものは、投薬できませんのでご了承ください。

職員記入欄			
預かり職員	投薬時間	投薬職員	特記事項
	:		