

投薬依頼書（保護者記載用）

平成 年 月 日 記

依頼先	ひまわり保育園 宛
依頼者	*当日必ず連絡がつく連絡先
保護者氏名	_____ 印 電話 _____
子ども氏名	_____ 男・女 クラス名 _____
使用する日時	_____ 年 _____ 月 _____ 日 ()
	午前・午後 _____ 時 _____ 分 又は 昼食・おやつの前・後 又は、()
外用薬の使用方法(部位)など	
その他の注意事項	薬剤情報提供書 (あり・なし)

* 薬剤情報提供書の添付(原本・コピー)が必要です。持参できない方は下記にご記入ください。

主治医	電話 _____
	(_____ 病院・医院・クリニック)
病名(又は症状)	
①持参した薬は	_____ 年 _____ 月 _____ 日に処方された _____ 日分のうち本日分
②保管は	室温・冷蔵庫・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	抗生剤・整腸剤・風邪薬・その他()・外用薬()
調剤薬名	

保育園記載欄

受け取りサイン()	* 3点(薬剤・依頼書・薬剤情報提供書)確認。
投薬者サイン()	投薬時刻 月 日 時 分
実施時の状況など特記事項	
<input type="checkbox"/> ノート記載 <input type="checkbox"/> 申し送りファイル・個人記録チェック	
返却サイン()	<input type="checkbox"/> 看護師最終チェック

継続投薬依頼書・投薬記録

* 継続して投薬が必要な場合に下記欄を使用、太枠に保護者が記載してください。

* 内服薬は一回ごとに持参してください。、外用薬は園預かり可能です。

日付	保護者サイン	受け取りサイン	投薬者サイン	投薬時刻	備考
/				/ :	<input type="checkbox"/> 記録チェック
/				/ :	<input type="checkbox"/> 記録チェック
/				/ :	<input type="checkbox"/> 記録チェック
/				/ :	<input type="checkbox"/> 記録チェック
/				/ :	<input type="checkbox"/> 記録チェック
/				/ :	<input type="checkbox"/> 記録チェック
/				/ :	<input type="checkbox"/> 記録チェック
/				/ :	<input type="checkbox"/> 記録チェック
/				/ :	<input type="checkbox"/> 記録チェック
/				/ :	<input type="checkbox"/> 記録チェック

最終返却サイン()

看護師最終チェック