


(内服薬用)

こども園ちとせ
こども園ののはな

保護者記載		投薬依頼書			
		令和 年 月 日記			
組 園児名		保護者名			
病院名		本日の連絡先			
		Tel			
病名(又は病状)					
処方期間	令和	年	月	日に処方された	日分のうち 日目
薬の種類	粉(包)・シロップ(種)				
下記の項目にチェックして下さい。 <input type="checkbox"/> 現在の症状で医師に処方された薬ですか？ <input type="checkbox"/> 薬は当日1回分ずつに分けていますか？ <input type="checkbox"/> シロップ容器や薬袋に名前が書いてありますか？ <input type="checkbox"/> 投薬月日など記入もれはありませんか？ <input type="checkbox"/> コップはありますか？ 以上チェック不備の場合、安全面から薬を飲ませることができませんので ご了承をお願いします。					
その他の注意事項 ※市販の薬は受付ませんのでご了承下さい。					

投薬依頼票
保護者記載及び返却用


組 園児名

(注) 下記は太枠のみご記入下さい。

	投薬月日(保護者記入)	受領者サイン	投与者サイン	投与時刻
1	月 日			時 分
2	月 日			時 分
3	月 日			時 分
4	月 日			時 分
5	月 日			時 分
6	月 日			時 分
7	月 日			時 分

(外用薬用)

こども園ちとせ
こども園ののはな

依頼者(保護者)記載			
<h1>投薬依頼書</h1>			
		令和 年 月 日記	
組 園児名		保護者名	
病院名	本日の連絡先 TEL		
病名(又は病状)			
持参した薬は 令和 年 月 日に処方された 日分のうちの本日分			
薬名			
薬の保管方法	室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他()		
薬の内容と 個数	・点眼薬(個) ・点耳薬(個) ・軟膏(個) ・その他の目的()(個)		
使用期間	月 日~ 月 日	使用方法	
その他の注意事項 ・市販の薬は受付ませんのでご了承下さい。 ・本表が提出されない場合は、薬の投与ができなくなりますので、ご了承ください。			

投薬依頼票 保護者記載及び返却用

組 園児名

	投薬月日 (保護者記入)	受領者 サイン	投与者 サイン	食前・食後	投与時刻
1	月 日			食前・食後	時 分
2	月 日			食前・食後	時 分
3	月 日			食前・食後	時 分
4	月 日			食前・食後	時 分
5	月 日			食前・食後	時 分
6	月 日			食前・食後	時 分
7	月 日			食前・食後	時 分
8	月 日			食前・食後	時 分
9	月 日			食前・食後	時 分
10	月 日			食前・食後	時 分
11	月 日			食前・食後	時 分
12	月 日			食前・食後	時 分