

## お薬依頼書

依頼日 平成 年 月 日から				依頼先 かつらぎ第二保育園				
クラス名 組		園児名		保護者名				
①病名		①医療機関名		①病院での処方日 平成 年 月 日				
①薬の内容 内服薬（粉・シロップ）				①投薬依頼時間 昼食前 昼食後 その他（ ）				
塗薬・点眼・点鼻・その他（ ）				①薬の数 種				
②病名		②医療機関名		②病院での処方日 平成 年 月 日				
②薬の内容 内服薬（粉・シロップ）				②投薬依頼時間 昼食前 昼食後 その他（ ）				
塗薬・点眼・点鼻・その他（ ）				②薬の数 種				
日付							保護者印	与薬者印
日	内服 粉・シロップ	塗・貼 箇所（ ）	点眼 両眼 右のみ・左のみ	点鼻 両鼻 右のみ・左のみ				
日	内服 粉・シロップ	塗・貼 箇所（ ）	点眼 両眼 右のみ・左のみ	点鼻 両鼻 右のみ・左のみ				
日	内服 粉・シロップ	塗・貼 箇所（ ）	点眼 両眼 右のみ・左のみ	点鼻 両鼻 右のみ・左のみ				
日	内服 粉・シロップ	塗・貼 箇所（ ）	点眼 両眼 右のみ・左のみ	点鼻 両鼻 右のみ・左のみ				
日	内服 粉・シロップ	塗・貼 箇所（ ）	点眼 両眼 右のみ・左のみ	点鼻 両鼻 右のみ・左のみ				
日	内服 粉・シロップ	塗・貼 箇所（ ）	点眼 両眼 右のみ・左のみ	点鼻 両鼻 右のみ・左のみ				
日	内服 粉・シロップ	塗・貼 箇所（ ）	点眼 両眼 右のみ・左のみ	点鼻 両鼻 右のみ・左のみ				
日	内服 粉・シロップ	塗・貼 箇所（ ）	点眼 両眼 右のみ・左のみ	点鼻 両鼻 右のみ・左のみ				
日	内服 粉・シロップ	塗・貼 箇所（ ）	点眼 両眼 右のみ・左のみ	点鼻 両鼻 右のみ・左のみ				
保護者記入欄 *特に留意すべきことがあればご記入ください。								

<注意事項>

- \* お薬は必ず1回分で持参して下さい
- \* お薬には必ず名前を記載して下さい
- \* 捺印を忘れずに押して下さい（捺印がない場合は服用させることが出来ない場合があります）
- \* **お薬、指示書、お薬依頼書、お薬の説明を1つの袋にまとめて持参して下さい**
- \* この用紙は医師が記入した投薬期間のみになります。
- 次回、投薬する場合は、ダウンロードするか担任までお知らせください。