

お薬依頼書

依頼日		年	月	日から	月	日	依頼先		かつらぎ保育園		
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		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		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**