

投 薬 依 頼 書(長期用)

チェリッシュ()保育園

氏 名		年 齢	才	ヶ 月
病 名 (又は症状)	(外傷の場合は部位も詳細に記入して下さい)			
医療機関名	TEL :			
処方日	平成 年 月 日			
薬の名前				
薬の種類	粉(種類)・シロップ(種類)・外用薬(種類) そのほか()			
1回に 服用する量	(例:粉2種類各1包・シロップ1メモリ等)※薬は1回分を分けて持参してください 粉(包)・シロップ(ml)・その他()			
外用薬の 使用方法	使用頻度、使用部位、塗布方法を具体的に記入して下さい			
投薬期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日			
投薬時間	昼食(前・後) おやつ(前・後) 軽食(前・後) その他()			
服用方法	(例:白湯に溶かしスプーンで等)			
注意事項	(例:冷蔵庫に保管する、飲ませる時嫌がるなど)			

※上記の通り投薬をお願いします。

尚、依頼をした薬の服用で万一事故等が起きても
貴施設の過失以外、一切意義申し立てはいたしません。

保護者名 _____ 印

※1ヶ月以上継続した投与が必要な場合には医師の指示書(意見書)を1年に1回提出して下さい。

アレルギー性疾患は生活管理指導表に投薬の指示が明記されていることを確認して下さい。

※長期投与の投薬依頼書は処方内容に変更がなければ、有効期限は原則として1ヶ月です。

※処方内容の変更があれば、新たに投薬依頼書を提出して下さい。

お預かり・投薬連絡票

日にち	受領サイン	投薬時間	投薬サイン
月 日		時 分	
月 日		時 分	
月 日		時 分	
月 日		時 分	
月 日		時 分	
月 日		時 分	
月 日		時 分	
月 日		時 分	
月 日		時 分	
月 日		時 分	
月 日		時 分	
月 日		時 分	
月 日		時 分	
月 日		時 分	
月 日		時 分	
月 日		時 分	
月 日		時 分	
月 日		時 分	
月 日		時 分	
月 日		時 分	
月 日		時 分	
月 日		時 分	
月 日		時 分	

※薬とこの用紙は毎日職員に手渡しをして下さい