

投薬依頼書

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) その他()
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
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

保育園記載欄

受領者サイン	
投与者サイン	投与時刻
実施時の特記事項	