

投薬依頼書

月 日 ()

組

園児名

本日のお子さんの様子

- ・ 熱がある() (度)
- ・ せきができる
- ・ 鼻水が出る
- ・ けがをしている
- ・ その他()

服用の内容

★ 投薬期間 : (処方された日) / ~ (終了日) /

★ 服用時間 : ・食前 ・食後 ・食間

薬の種類

- ・ こなぐすり (薬名) (包)
 - ◎ 何の病気に対する薬なのか、お書き下さい。
()
 - ・ 錠剤 (薬名) (錠)
 - ◎ 何の病気に対する薬なのか、お書き下さい。
()
 - ・ 液体のみぐすり (薬名)
 - ◎ 何の病気に対する薬なのか、お書き下さい。
()
 - * 液体のみぐすりは、1回分だけ入れてお持ち下さい。
それ以外は受け付けません。
 - ・ ぬりぐすり (薬名)
 - ◎ 何の病気に対する薬なのか、お書き下さい。
()
- 上記のいずれかに○印をつけてください。

薬を預かった保育教諭 ()

投薬した保育教諭 ()

投薬した時間 ()

服用期間内確認した保育教諭 ()

服用期間内の薬を持参しています。(確認後、左の□にチェック☑をお願いします。)

医師の指示がありましたので、上記の通り依頼します。

また投薬依頼については、保護者の責任において、三京えのきこども園に依頼します。

年 月 日

保護者名 () 印

* 保護者確認印のところは、サインまたは捺印をお願いします。ない場合は、投薬出来ませんのでご了承くださいませ。