

投薬依頼書

平成 年 月 日

マイフレンズ保育園園長 様

医師の診察を受けたところ、下記の通り指示がありましたのでお願い致します。

記

※必要なものは○で囲んで下さい。

園児名		保護者名	
病院名			
薬の用途	風邪 ・ 咳 ・ 下痢止め ・ 耳下炎 ・ その他 ()		
薬の種類	粉薬 ・ 水薬 ・ その他 ()		
服用時間	食前 ・ 食中 ・ 食後		
時間指定	有 ((午前 ・ 午後) 時 分) ・ 無		
服用日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
特記			

保育園記入欄

NO.1

受取人		投与者サイン	
投与日時	H / / (午前 ・ 午後) 時 分	備考	

受取人		投与者サイン	
投与日時	H / / (午前 ・ 午後) 時 分	備考	

受取人		投与者サイン	
投与日時	H / / (午前 ・ 午後) 時 分	備考	

受取人		投与者サイン	
投与日時	H / / (午前 ・ 午後) 時 分	備考	

受取人		投与者サイン	
投与日時	H / / (午前 ・ 午後) 時 分	備考	

服用を依頼する場合の注意事項

- ・ 医師が処方した薬以外 (市販薬、座薬等) は預かりません。
- ・ 薬は必ず容器や袋に名前を記入の上、1回分ずつ入れて下さい。

点眼薬の依頼書

平成 年 月 日

マイフレンズ保育園園長 様

医師の診察を受けたところ、下記の通り指示がありましたのでお願い致します。

記

※必要なものは○で囲んで下さい。

園児名		保護者名	
病院名			
薬の用途	例：アレルギー性結膜炎のため		
点眼する期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日		
確認事項 1. 医師から処方された点眼薬ですか。 (はい ・ いいえ) 2. 容器、袋、すべてのものに記名はしていますか。 (はい ・ いいえ) 3. 1回の量が希望通りに出来ないことがありますか。 (はい ・ いいえ) 4. 点眼時間は指定出来ませんが、よろしいですか。 (はい ・ いいえ) (集団生活のため、クラスで出来る時間となります。) 5. 依頼する点眼薬は、家庭でもさしてみましたか。 (はい ・ いいえ) (園での使用が初めてでない事) 6. 家庭でさした時やその後、お子さんの様子に変わりはありませんでしたか。 (はい ・ いいえ) (副作用がない事)			
特記事項			

保育園記入欄

NO.1

受取人		投与者サイン	
投与日時	H / / (午前・午後) 時 分	備考	

受取人		投与者サイン	
投与日時	H / / (午前・午後) 時 分	備考	

受取人		投与者サイン	
投与日時	H / / (午前・午後) 時 分	備考	

受取人		投与者サイン	
投与日時	H / / (午前・午後) 時 分	備考	

受取人		投与者サイン	
投与日時	H / / (午前・午後) 時 分	備考	