

# 投薬依頼書

ベビーエンゼル八千代中央保育園

投薬依頼日 年 月 日 クラス: 組

園児名: 保護者氏名:

保護者に代わり投薬をお願いします。

病名または症状:

【薬の処方内容】該当するものに○を記入してください

○印	形状	○印	内容
	散 剤(1回袋)		抗アレルギー剤
	シロップ(1回 cc)		抗 生 剤
	錠 剤(1回 錠)		気管支拡張剤
	点 眼 薬( 左 ・ 右 )		咳止め・痰きり
	軟 膏( )		下痢止め・吐き気止め
	そ の 他( )		その他( )
薬使用時の指示			

【保育園での投薬時間】

食前 ・ 食後 ・ その他( )

- \* 医師の診断による処方薬に限ります。
- \* 処方箋のコピーをこの用紙の裏に貼付してください。
- \* 薬は1回分に分けて、名前を記入してください。
- \* 本書と薬に記名されていることをもう一度確認し、必ず職員に手渡ししてください。

投薬者記入欄

依頼された投薬を、済ませました。

投薬者 印

平成 年 月 日

<備考>

# 投薬依頼書

ベビーエンゼル八千代中央保育園

投薬依頼日 年 月 日 クラス: 組

園児名: 保護者氏名:

保護者に代わり投薬をお願いします。

病名または症状:

【薬の処方内容】該当するものに○を記入してください

○印	形状	○印	内容
	散 剤(1回袋)		抗アレルギー剤
	シロップ(1回 cc)		抗 生 剤
	錠 剤(1回 錠)		気管支拡張剤
	点 眼 薬( 左 ・ 右 )		咳止め・痰きり
	軟 膏( )		下痢止め・吐き気止め
	そ の 他( )		その他( )
薬使用時の指示			

【保育園での投薬時間】

食前 ・ 食後 ・ その他( )

- \* 医師の診断による処方薬に限ります。
- \* 処方箋のコピーをこの用紙の裏に貼付してください。
- \* 薬は1回分に分けて、名前を記入してください。
- \* 本書と薬に記名されていることをもう一度確認し、必ず職員に手渡ししてください。

投薬者記入欄

依頼された投薬を済ませました。

投薬者 印 平成 年 月 日

<備考>

# 投薬依頼書

ベビーエンゼル八千代中央保育園

投薬依頼日 年 月 日 クラス: 組

園児名: 保護者氏名:

保護者に代わり投薬をお願いします。

病名または症状:

【薬の処方内容】該当するものに○を記入してください

○印	形状	○印	内容
	散 剤(1回袋)		抗アレルギー剤
	シロップ(1回 cc)		抗 生 剤
	錠 剤(1回 錠)		気管支拡張剤
	点 眼 薬( 左 ・ 右 )		咳止め・痰きり
	軟 膏( )		下痢止め・吐き気止め
	そ の 他( )		その他( )
薬使用時の指示			

【保育園での投薬時間】

食前 ・ 食後 ・ その他( )

- \* 医師の診断による処方薬に限ります。
- \* 処方箋のコピーをこの用紙の裏に貼付してください。
- \* 薬は1回分に分けて、名前を記入してください。
- \* 本書と薬に記名されていることをもう一度確認し、必ず職員に手渡ししてください。

投薬者記入欄

依頼された投薬を済ませました。

投薬者 印 平成 年 月 日  
<備考>

# 投薬依頼書

ベビーエンゼル八千代中央保育園

投薬依頼日 年 月 日 クラス: 組

園児名: 保護者氏名:

保護者に代わり投薬をお願いします。

病名または症状:

【薬の処方内容】該当するものに○を記入してください

○印	形状	○印	内容
	散 剤(1回袋)		抗アレルギー剤
	シロップ(1回 cc)		抗 生 剤
	錠 剤(1回 錠)		気管支拡張剤
	点 眼 薬( 左 ・ 右 )		咳止め・痰きり
	軟 膏( )		下痢止め・吐き気止め
	そ の 他( )		その他( )
薬使用時の指示			

【保育園での投薬時間】

食前 ・ 食後 ・ その他( )

- \* 医師の診断による処方薬に限ります。
- \* 処方箋のコピーをこの用紙の裏に貼付してください。
- \* 薬は1回分に分けて、名前を記入してください。
- \* 本書と薬に記名されていることをもう一度確認し、必ず職員に手渡ししてください。

投薬者記入欄

依頼された投薬を済ませました。

投薬者 印

平成 年 月 日

<備考>