

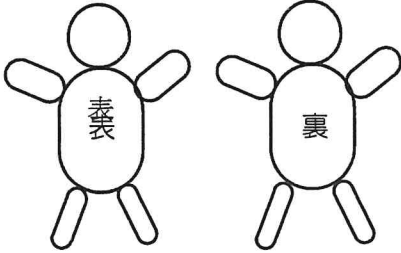
投薬依頼書

社会福祉法人 皆輪会
理事長 殿

クラス名：
お子様氏名：
保護者氏名：

印

下記の通り、本日投薬をお願い致します。

基本情報					
日付	令和	年	月	日	曜日
病院名					
医師名				電話番号	
病 症 名					
病名					
症状					
薬 情 報					
薬の種類	散薬（飲ませ方： ） 錠剤 ・ 塗薬 ・ 水薬 ・ 点鼻薬 ・ 目薬 ・ 外用薬 その他：				
No	種 類	薬 剤 名	投薬量	時 間	保 管
1	抗生物質 咳止め 下痢止め 整腸剤 外用剤 その他：		錠	食前 食後 ：	常温 冷蔵
			袋		
			CC		
2	抗生物質 咳止め 下痢止め 整腸剤 外用剤 その他：		錠	食前 食後 ：	常温 冷蔵
			袋		
			CC		
3	抗生物質 咳止め 下痢止め 整腸剤 外用剤 その他：		錠	食前 食後 ：	常温 冷蔵
			袋		
			CC		
外用剤 使用方法				<外用薬の塗る（貼る）部位> 	
備考					
保 育 園 記 載 欄					
投薬時間	投薬者名				
:	受領者名				

<確認事項>

薬を飲ませる子どもの確認 上記記載と薬に相違はないか 最終確認