

## 投薬依頼書

令和 年 月 日 保護者氏名

下記の通り、保護者に代わりに投薬をお願い致します。

|                |   |
|----------------|---|
| 名前             | 組   |
| 病名             | 病院名   |
| 受診日            | 令和 年 月 日  |
| 薬の種類           | 散薬 ( ) 包・水薬 ( ) ml・錠剤 ( ) 錠<br>軟膏・点眼薬・点鼻薬・その他 ( )   |
| 投薬時間           | 食前・食後・食間・その他 ( )  |
| 投薬方法           | 内服・点眼(右・左)・点鼻(右・左)<br>塗布 (箇所 )  |
| 症状<br>(家庭での様子) | 機嫌 : 良・不良・むらがある<br>咳 : 有・無 ・ときどきある<br>鼻水 : 有・無 ・ときどきある<br>食欲 : 有・無 ・むらがある<br>便の状態 : 普通・軟らかい・下痢<br>その他 : ( ) |

- ・必要事項に記入の上、該当項目を○で囲んでください。
- ・薬は医師の処方によるもののみで、市販薬はお受けしません。
- ・この依頼書は、投薬する日ごとに薬と一緒に職員に渡してください。

| 園記載欄 |                   |     |
|------|-------------------|-----|
| 受領者  | 投与者               | 確認印 |
|      | 時 分頃に<br>投薬致しました。 |     |

## 投薬依頼書

令和 年 月 日 保護者氏名

下記の通り、保護者に代わりに投薬をお願い致します。

|                |   |
|----------------|---|
| 名前             | 組   |
| 病名             | 病院名   |
| 受診日            | 令和 年 月 日  |
| 薬の種類           | 散薬 ( ) 包・水薬 ( ) ml・錠剤 ( ) 錠<br>軟膏・点眼薬・点鼻薬・その他 ( )   |
| 投薬時間           | 食前・食後・食間・その他 ( )  |
| 投薬方法           | 内服・点眼(右・左)・点鼻(右・左)<br>塗布 (箇所 )  |
| 症状<br>(家庭での様子) | 機嫌 : 良・不良・むらがある<br>咳 : 有・無 ・ときどきある<br>鼻水 : 有・無 ・ときどきある<br>食欲 : 有・無 ・むらがある<br>便の状態 : 普通・軟らかい・下痢<br>その他 : ( ) |

- ・必要事項に記入の上、該当項目を○で囲んでください。
- ・薬は医師の処方によるもののみで、市販薬はお受けしません。
- ・この依頼書は、投薬する日ごとに薬と一緒に職員に渡してください。

| 園記載欄 |                   |     |
|------|-------------------|-----|
| 受領者  | 投与者               | 確認印 |
|      | 時 分頃に<br>投薬致しました。 |     |

## 投薬依頼書

令和 年 月 日 保護者氏名

下記の通り、保護者に代わりに投薬をお願い致します。

|                |   |
|----------------|---|
| 名前             | 組   |
| 病名             | 病院名   |
| 受診日            | 令和 年 月 日  |
| 薬の種類           | 散薬 ( ) 包・水薬 ( ) ml・錠剤 ( ) 錠<br>軟膏・点眼薬・点鼻薬・その他 ( )   |
| 投薬時間           | 食前・食後・食間・その他 ( )  |
| 投薬方法           | 内服・点眼(右・左)・点鼻(右・左)<br>塗布 (箇所 )  |
| 症状<br>(家庭での様子) | 機嫌 : 良・不良・むらがある<br>咳 : 有・無 ・ときどきある<br>鼻水 : 有・無 ・ときどきある<br>食欲 : 有・無 ・むらがある<br>便の状態 : 普通・軟らかい・下痢<br>その他 : ( ) |

- ・必要事項に記入の上、該当項目を○で囲んでください。
- ・薬は医師の処方によるもののみで、市販薬はお受けしません。
- ・この依頼書は、投薬する日ごとに薬と一緒に職員に渡してください。

| 園記載欄 |                   |     |
|------|-------------------|-----|
| 受領者  | 投与者               | 確認印 |
|      | 時 分頃に<br>投薬致しました。 |     |

## 投薬依頼書

令和 年 月 日 保護者氏名

下記の通り、保護者に代わりに投薬をお願い致します。

|                |   |
|----------------|---|
| 名前             | 組   |
| 病名             | 病院名   |
| 受診日            | 令和 年 月 日  |
| 薬の種類           | 散薬 ( ) 包・水薬 ( ) ml・錠剤 ( ) 錠<br>軟膏・点眼薬・点鼻薬・その他 ( )   |
| 投薬時間           | 食前・食後・食間・その他 ( )  |
| 投薬方法           | 内服・点眼(右・左)・点鼻(右・左)<br>塗布 (箇所 )  |
| 症状<br>(家庭での様子) | 機嫌 : 良・不良・むらがある<br>咳 : 有・無 ・ときどきある<br>鼻水 : 有・無 ・ときどきある<br>食欲 : 有・無 ・むらがある<br>便の状態 : 普通・軟らかい・下痢<br>その他 : ( ) |

- ・必要事項に記入の上、該当項目を○で囲んでください。
- ・薬は医師の処方によるもののみで、市販薬はお受けしません。
- ・この依頼書は、投薬する日ごとに薬と一緒に職員に渡してください。

| 園記載欄 |                   |     |
|------|-------------------|-----|
| 受領者  | 投与者               | 確認印 |
|      | 時 分頃に<br>投薬致しました。 |     |