

投 薬 依 頼 書

西徳寺保育園 園長殿

医師の処方により服薬が必要になりましたので、下記の通り依頼をお願いします。

投薬の責任は保護者とします。

園 長	主 任	看 護 師

≪ 保 護 者 記 入 ≫

処方された日				園で投薬が必要な日(日曜・祝日はのぞく)			
令和 年 月 日				令和 年 月 日 ~ 月 日 まで (日間) 最大7日間まで			
投薬が必要な日		日	日	日	日	日	日
氏 保 名 護 者	印			園 児 氏 名	() 組		
病 院 名				主 治 医		Dr	
				電 話 番 号		※市外局番から記入	
症 状 (病 名) <input type="checkbox"/> かぜ <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> その他 ※病名がある場合は記入してください。()							
投 薬 時 間 <input type="checkbox"/> 昼食前 <input type="checkbox"/> 昼食間 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> おやつ後 (15:00) <input type="checkbox"/> 時間指定 (:)							
内 服 薬	効 果 等 <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> かぜ薬 <input type="checkbox"/> 咳止め <input type="checkbox"/> 化膿止め <input type="checkbox"/> その他()			外 用 薬	種 類 及 び 方 法 <input type="checkbox"/> ぬり薬 <input type="checkbox"/> 点眼薬 <input type="checkbox"/> 座薬 <input type="checkbox"/> 湿布 <input type="checkbox"/> その他()		
	分 量 ()種類 ()錠 ()包 水薬()ml				処 置 箇 所 ※具体的に記入		
その他、服薬について留意事項						□特になし	

≪ 保 育 士 記 入 欄 ≫

薬確認者印							
	日	日	日	日	日	日	日
投薬者印							
	日	日	日	日	日	日	日
特 記 事 項							