薬投与依頼票（保護者記載用）

NO.1

嶋こども園園長様　令和　　年　　月　　日付

依頼者　保護者名

組　　園児名

◎病名又は症状は、（　　）

・持参した薬は、
令和　　年　　月　　日から　　月　　日(朝・昼・夕・寝)までの処方

・薬の種類・数は、 粉薬（　　包）　　シロップ薬（　　種）
点眼薬（　　種）　その他（　　）
※点眼薬は1日4回以上投与の指示がある場合、お預かりできます

・その他の注意事項

下記の項目にチェックして下さい。

□ 現在の症状で医師に受診し、処方された薬ですか？
□ 薬は当日一回分ずつに分けていますか？
□ 散剤やシロップ容器、薬袋に名前が書いてありますか？
□ 薬袋（透明なジッパー付き袋）に「薬投与依頼票」「薬説明書」は入っていますか？
□ 薬投与依頼票の記入漏れはありませんか？
□ 薬は直接職員に手渡ししてますか？

＊以上チェック不備の場合、安全面から薬を飲ませることができませんので
ご了承お願いします。

薬投与依頼票（保護者記載及び返却用）

No.2

組　　園児名

投与月日（保護者記入）	食前・食後	受領者サイン	投与者サイン
月　日	食前・食後		
月　日	食前・食後		
月　日	食前・食後		
月　日	食前・食後		
月　日	食前・食後		
月　日	食前・食後		
月　日	食前・食後		
月　日	食前・食後		
月　日	食前・食後		
月　日	食前・食後		
月　日	食前・食後		
月　日	食前・食後		
月　日	食前・食後		