

投薬依頼票

一の割幼稚園 園長 塩原 尚子

平成 年 月 日記入



組 園児氏名 _____

医療機関について	病院名	病院 ()	医師名
薬の種類について (該当する欄に○ もしくは記入)	粉薬	薬品名	種類 袋
	シロップ	薬品名	種類 cc
その他の注意事項:			

以上私は園内で投薬するお薬について一の割幼稚園に一任します。

組 保護者氏名 _____ 印 _____

投与確認記録表

投薬依頼日 (保護者記入)	投薬時間	保護者印	投薬者印
平成 年 月 日	午前 午後 時 分		
平成 年 月 日	午前 午後 時 分		
平成 年 月 日	午前 午後 時 分		
平成 年 月 日	午前 午後 時 分		
平成 年 月 日	午前 午後 時 分		

- ※ 投薬依頼日の保護者印に必ず印鑑を押してください。印が無い場合投薬することはできません。
- ※ お薬は必ず一回分にして薬の袋や容器に園児名を必ず記入し投薬依頼表と一緒に直接職員に手渡してください。
- ※ 処方内容に変更が無い場合、投薬依頼表の有効期限は原則として処方日から5日以内です。変更がある場合は新しい投薬依頼表をご提出ください。
- ※ 医療機関についての欄は緊急時に連絡を取る際に使用します。必ず処方された病院名を記入して下さい。