

# 投薬依頼書

ゆずりは保育園

提出日	平成 年 月 日 ( )		
氏名	年齢 歳 ヶ月		
病名 (又は症状)			
医療機関名			
薬の名前			
薬の種類	粉( 種類)・シロップ( )・外用薬( 種類)・その他( )		
1回に服用する量	粉( 包)・シロップ( ml)・その他( ) (1種類・1包・シロップ1メモリ等) ※薬は1回分を分けて持参してください。		
外用薬の使用方法	(使用頻度・使用部位・塗布方法を具体的に記入してください)		
投薬期間	平成 年 月 日( 日間)～平成 年 月 日( 日間)まで		
投薬時間	昼食(前・後) おやつ(前・後) 軽食(前・後) その他( )		
服用方法	(例:白湯に溶かしてスプーンで 等)		
注意事項	(例:冷蔵庫に保管する、飲ませる時嫌がる 等)		
受付者サイン	投薬者サイン	投薬実施日時	特記事項
		月 日 時 分	

※上記のとおり投薬をお願いします。

尚、依頼をした薬の服用で万一事故などが起きても当園の過失以外、一切意義申し立てはいたしません。

保護者名

印