

投薬依頼書（内服薬）

年 月 日（ ）

組 名前 _____

投薬を依頼する保護者 _____

病名 症状	
薬処方医療機関名	
薬の種類	抗生物質 ・ 咳止め ・ 鼻水の薬 整腸剤 ・ その他 []
家で使用したことがある。	ある場合右記にチェック（ ） ※家で使用したことが無い場合はお預かりできません
1日何回のお薬ですか？	1日 _____ 回 ※1日2回までの薬はお預かりできません
最後に投薬した日時	月 日（ ） 午前 時 分
園での投薬時間	給食後
与薬時に注意すること	
薬の保管方法	常温 冷所 その他（ ）
薬剤情報提供書	ある場合右記にチェック（ ）

保育園記入欄

受取サイン 月 日（ ） _____ 印

投薬者サイン 月 日（ ） 時 分 印

