

薬 投 与 依 頼 書

南長野医療センター篠ノ井総合病院統括院長 様

記入日： 年 月 日

依頼者 _____ 印

(園児名) _____ は下記の医師の指示により保育施設でも投与させる必要が
ありますので、保護者に代わり薬の投与を依頼します。

保 護 者 様 記 入 欄	1	病院名			医師名			
	2	病名			症状			
	3	保管方法	該当するものに○をしてください 室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他 ()					
	4	・ 投与時間 ・ 投与する薬の種類	該当するものに○をしてください					
			昼食 (食前・食後)	夕食 (食前・食後)	翌朝 (食前・食後)	その他 ()		
	粉薬 ()包		粉薬 ()包	粉薬 ()包	粉薬 ()包			
	シロップ ()cc		シロップ ()cc	シロップ ()cc	シロップ ()cc			
		錠剤 ()錠	錠剤 ()錠	錠剤 ()錠	錠剤 ()錠			
		その他 ()	その他 ()	その他 ()	その他 ()			
5	その他注意事項							

保 護 者 様 記 入	投与日時	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
	依頼者						
保 育 士 記 入	投薬者						