

# 投薬依頼書

年 月 日

依頼者	保護者名 (印)		
	クラス 組 園児名		
処方した医師	病院 科 先生		
症状			
投薬期間	① 当日のみ投薬 年 月 日 ( ) 食前 ・ 後 その他		
	② 一定期間投薬 年 月 日 ( ) ~ 年 月 日 ( ) 食前 ・ 後 その他		
本日の連絡先	氏名 電話番号		
投薬依頼書受領者		投与確認者	

## 【 薬について 】

- ① 薬は、お子さんを診察した医師が処方した物に限ります。
- ② 保護者の個人的な判断で持参した薬（市販薬など）は、対応できません。
- ③ 何種類もの薬を投薬する場合、処方内容と持参した薬が確認できるようにしてきてください。
- ④ 持参する薬は、1回分だけお持ちください。必ずお子さんの名前を記載してください。
- ⑤ 投薬依頼書は、必ず職員に手渡してください。
- ⑥ 依頼書の記載に不備がある場合、投薬できないこともございますのでご注意ください。

小規模保育所 LITTLE ANGEL

# 投薬依頼書

年 月 日

依頼者	保護者名 (印)		
	クラス 組 園児名		
処方した医師	病院 科 先生		
症状			
投薬期間	① 当日のみ投薬 年 月 日 ( ) 食前 ・ 後 その他		
	② 一定期間投薬 年 月 日 ( ) ~ 年 月 日 ( ) 食前 ・ 後 その他		
本日の連絡先	氏名 電話番号		
投薬依頼書受領者		投与確認者	

## 【 薬について 】

- ① 薬は、お子さんを診察した医師が処方した物に限ります。
- ② 保護者の個人的な判断で持参した薬（市販薬など）は、対応できません。
- ③ 何種類もの薬を投薬する場合、処方内容と持参した薬が確認できるようにしてきてください。
- ④ 持参する薬は、1回分だけお持ちください。必ずお子さんの名前を記載してください。
- ⑤ 投薬依頼書は、必ず職員に手渡してください。
- ⑥ 依頼書の記載に不備がある場合、投薬できないこともございますのでご注意ください。

小規模保育所 LITTLE ANGEL