

お薬に関する依頼書及び記録票

園児名	組	生年月日	年	月	日
病院名					
病名	感冒(熱、咳、のどの痛みなど) 咽頭炎 扁桃腺炎 気管支炎 喘息 感冒性嘔吐下痢症 とびひ 中耳炎 外耳炎 結膜炎(流行性・アレルギー性) その他(具体的に)				
薬の内容	抗生物質 咳止め 下痢止め 嘔吐止め その他()				
処方期間	平成 年 月 日 ~平成 年 月 日(日間)				
投薬時間	食前	食後	食間	その他	薬の内容
	投薬の間隔(時間)				粉(色) 水薬(色) 1回の服用量(包)

以上薬の内服を依頼します。

保護者名(依頼者) _____ 印

※薬は必ず1回分を持って来て下さい。

※薬には必ず日付と名前を(複数ある時はそれぞれに)書いて下さい。

※同じ薬を続ける場合でも下記の内服記録の欄が終われば次の用紙に同じように記入して下さい。

※使用済みになった依頼書は、園の方で保管致します。

※軟膏、点眼薬については基本受け付けませんが、どうしても園での投与が必要な方は、事前に各主任まで連絡して下さい。

内 服 記 録 (朝の服用時間のみ記入して下さい)

受取者サイン	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
	朝の服用時間 (:)	朝の服用時間 (:)	朝の服用時間 (:)	朝の服用時間 (:)	朝の服用時間 (:)
投与者サイン					