

# 投薬依頼書

平成 年 月 日( ) 桜木保育園

園児氏名:	クラス:	
依頼者 保護者名:	連絡先: . .	
病院名: 電話番号 . .		
病名・症状:		
薬の種類: 年 月 日に処方、該当箇所に☑をしてください。 <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> かぜ薬 <input type="checkbox"/> 咳止 <input type="checkbox"/> ぬり薬(部位: ) <input type="checkbox"/> 点眼(右眼・左眼・両眼) <input type="checkbox"/> その他( )		
投薬時間: <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 食間	薬の数: <input type="checkbox"/> 1種類 <input type="checkbox"/> 2種類 <input type="checkbox"/> ( )種類	
保管方法: <input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵庫	その他注意事項:	
受取者	投与者	投与日時
		月 日( )
		① 時 分
		② 時 分
		③ 時 分

注) 投薬依頼書に記入がない時は、投薬できません。  
投薬依頼書に基づいて、薬は1回分に付けてください。

# 投薬依頼書

平成 年 月 日( ) 桜木保育園

園児氏名:	クラス:	
依頼者 保護者名:	連絡先: . .	
病院名: 電話番号 . .		
病名・症状:		
薬の種類: 年 月 日に処方、該当箇所に☑をしてください。 <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> かぜ薬 <input type="checkbox"/> 咳止 <input type="checkbox"/> ぬり薬(部位: ) <input type="checkbox"/> 点眼(右眼・左眼・両眼) <input type="checkbox"/> その他( )		
投薬時間: <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 食間	薬の数: <input type="checkbox"/> 1種類 <input type="checkbox"/> 2種類 <input type="checkbox"/> ( )種類	
保管方法: <input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵庫	その他注意事項:	
受取者	投与者	投与日時
		月 日( )
		① 時 分
		② 時 分
		③ 時 分

注) 投薬依頼書に記入がない時は、投薬できません。  
投薬依頼書に基づいて、薬は1回分に付けてください。