

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	電話番号				
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 アレルギー性結膜炎 その他（具体的に				
薬の内容	抗生物質 咳止め その他（				
処方期間	年 月 日～		年 月 日（日間）		
投薬時間	食前 食後 食間 その他	薬の内容	粉（色） 水薬（色） 1回の服用量（包）		
<p>以上、薬の内服を依頼します。</p> <p>※投薬による、何らかの問題が生じたとしても、園に対して一切の責任は問いません。</p> <p style="text-align: center;">保護者名（依頼者） 印</p> <hr style="width: 50%; margin: auto;"/> <p>※薬は必ず1回分を持って来てください。（水薬についても同様です。） ※薬には必ず日付と名前を（複数ある時はそれぞれに）書いてください。 ※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ください。 ※使用済みになった依頼書は、園の方で保管いたします。 ※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 <u>担任まで連絡してください。</u></p>					

内服記録（服用時間のみ記入してください。）

受取者	月 日 ⑩	月 日 ⑩	月 日 ⑩	月 日 ⑩	月 日 ⑩
	服用時間 (:)	服用時間 (:)	服用時間 (:)	服用時間 (:)	服用時間 (:)
投与者					
園長又は副園長⑩					