

# お薬依頼書

( 継 続 用 )

記入のうえ、保育士に薬と一緒にお渡してください。

解熱剤・市販の薬はお預かりいたしません。

依頼日	令和 年 月 日	初回・継続				
クラス	児童氏名	保護者氏名				
		(印)				
病名		病院名				
薬の内容 テキスト	・抗生剤・咳止め・外用薬 ・塗り薬・点眼 ・その他 ( )	シロップ	粉	塗		
		種	種	種		
		ヶ	袋	ヶ		
受付						
処方日	月	火	水	木	金	土
	/	/	/	/	/	/
投薬時間	昼食前					
	昼食後					
	おやつ前					
	おやつ後					
投薬時間	:	:	:	:	:	:
投与保育士	サイン	サイン	サイン	サイン	サイン	サイン
調剤内容						
使用方法						
注意事項						

※ この様式は同じ薬が全く同内容で継続して投与される場合に限り使用できます。

※ 太枠内をご記入ください。

※ 投薬時間欄には投与時間帯に○印を記入してください。