

# 投薬依頼書

依頼日	年 月 日( )
依頼者 保護者名	印
園児名	
病院名	
主治医	
病院TEL	
病名 (または症状)	

以下の項目は該当箇所に○印をつけて下さい

投薬数	1・2・3種類		
形状	粉・液体(シロップ)・粒・外用薬 貼り薬・その他( )		
内容	抗生物質・解熱剤・咳止め 下痢止め・風邪薬・外用薬 その他( )		
保管方法	常温・冷蔵庫・その他		
時間	食前・食後・食間 その他( )		
投薬方法	具体的に		
その他	今朝の投薬時間 時 分頃		
受領者サイン		投与者サイン	
投与時間	月 日	時 分	
実施状況	特記事項無し		

- ・医師の指示に基づいた投薬以外は医療行為と見なされ法律で禁止されていますのでお断りする場合があります
- ・緊急連絡先は、登録してあります電話番号に連絡いたしますので、変更等がありましたら事前にお知らせ下さい
- ・コピーをしまして中央の点線から切り離して1日に1枚ご使用下さい

# 投薬依頼書

依頼日	年 月 日( )
依頼者 保護者名	印
園児名	
病院名	
主治医	
病院TEL	
病名 (または症状)	

以下の項目は該当箇所に○印をつけて下さい

投薬数	1・2・3種類		
形状	粉・液体(シロップ)・粒・外用薬 貼り薬・その他( )		
内容	抗生物質・解熱剤・咳止め 下痢止め・風邪薬・外用薬 その他( )		
保管方法	常温・冷蔵庫・その他		
時間	食前・食後・食間 その他( )		
投薬方法	具体的に		
その他	今朝の投薬時間 時 分頃		
受領者サイン		投与者サイン	
投与時間	月 日	時 分	
実施状況	特記事項無し		

- ・医師の指示に基づいた投薬以外は医療行為と見なされ法律で禁止されていますのでお断りする場合があります
- ・緊急連絡先は、登録してあります電話番号に連絡いたしますので、変更等がありましたら事前にお知らせ下さい
- ・コピーをしまして中央の点線から切り離して1日に1枚ご使用下さい