

薬使用依頼書

保護者名

以下の指示が医師よりありましたので、投薬を依頼します。

保護者記入欄	組名			園児名			
	医療機関名						
		TEL		担当医師名:			
	病名 (症状)						
	薬名	□薬の説明書 (又はおくすり手帳のコピー) を添付					
	薬の種類	□粉薬 (包) □シロップ (個) □座薬 (種) □貼り薬 (枚/貼付部位:) □軟膏 (個/塗布部位:) □点眼薬 (種/右・左・両方) □その他 () □エビペン (mg/ 有効期限: 年 月 日 /内服薬: 有・無)					
	投薬方法	投薬時間	食前・食間・食後・症状 () がある時 そのまま・水で溶く・その他 ()				
		一回量					
投薬期間	年 月 日 ~ 年 月 日						
備考							

軟膏・抗痙攣薬・アレルギー薬・点眼薬など、長期間投与が必要な薬、又は症状が出た際に使用する薬の場合は、投薬予定日の記入は不要です。

- ※医師の処方を受けたお薬のみお受けします。
- ※投薬初日は、「薬」・「薬使用依頼書」・コピーした「薬の説明書又はおくすり手帳」を、提出して下さい。
- 提出がない場合は、投薬出来ませんのでご了承下さい。
- ※飲み薬は1回分ずつとし、薬袋や容器には必ず組名・園児名を記入して下さい。
- ※軟膏・抗痙攣薬・アレルギー薬・点眼薬などは、年度末に1度お返しします。

園使用欄

①薬の説明書をカラーコピーし、原本を保護者に返却後、ファイリングする。 ②薬と薬使用依頼書を照合し、お薬スタンドに入れる。 ③お薬袋に投薬時間を記載して、保護者に返却する。 ④投薬終了後は、薬使用依頼書をファイリングする。					受領者	園長	看護師
					サイン	サイン	サイン
投薬日	/	/	/	/	/	/	/
投薬時間（保健日誌にも）	:	:	:	:	:	:	:
	:	:	:	:	:	:	:
投薬者	サイン	サイン	サイン	サイン	サイン	サイン	サイン