

こずえ保育園 投薬依頼書

年 月 日

こずえ保育園 園長様

下記の投薬については、保育園で投薬してもらっても支障のない
ものですので、よろしくお願いします。

園児名 _____ (_____ くん/さん)

保護者氏名 _____ 印 _____

病名 _____

① 投薬希望日時	年 月 日 (_____) 病院処方 月 日 ~ 月 日 まで投薬
② 投薬時間	・食前 ・食後 ・何時ごろ (_____)
③ 飲薬の種類	・粉 (_____) 種類 ・液 (_____) 種類 * 昼の分1回のみ ・錠剤 (_____) 種類 ・その他 (_____) 種類
④ 塗薬の種類	・(_____) 種類 ・(_____) 部位に (_____) 回 * 昼の時間帯のみ ・塗布の順番(_____)
⑤ 点眼の種類	・(_____) 種類 * 昼の時間帯のみ ・右 ・左 ・両眼(_____) 滴
⑥ その他 (投薬に関して特に注意すること)	

受 診 証 明 書 (医師記入欄)	
患者氏名 (_____)	
受診日 年 月 日 診断名(_____)	
医師名 _____ 印 _____	

承認 印	園 長	副園長	主 幹	看護師	担 任