

# 投薬依頼書

平成 年 月 日

社会福祉法人 こどものあした福祉会  
ちびっこはうす保育園 園長殿

園児名

保護者氏名

印

下記の通り投薬を依頼します

病名	
病院名	
病院の住所と電話	〒 ( )
薬の種類	水薬 粉薬 錠剤 点眼薬 塗り薬 その他 ( )
薬をもらった日	平成 年 月 日 ( )
投薬方法	食前 食間 食後 量 ( ) 水に溶かす そのまま飲む ( ) に混ぜる 目薬・塗り薬の場合 (具体的に )
投薬日時	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
その他の注意事項	

## 【保育園からのお願い】

- ①お薬のお預かりは1日分、1回分のみです。複数日にまたがるときは毎朝お持ち下さい。
- ②お薬の容器には、園児名を書いて下さい。
- ③シロップ薬は、1回分の量のみをお預け下さい。
- ④市販の薬と座薬についてはお受けできません。
- ⑤塗り薬等、投薬が長期になる場合は、この書類を毎月提出してください。

↓以下、記入しないでください（保育園で記入します）

投薬の記録	受付日時	受領印