



投薬依頼書

玉里団地保育園 園長殿

保護者名： _____ 印

依頼日	平成29年 月 日	園児名： _____ (_____)組
症状	病院名 _____	調剤薬局名 _____
種類	軟膏 ・ 目薬 ・ その他(_____)	
内容		
分量	保管場所 _____	常温 ・ 冷蔵庫 ・ その他(_____)
時間	(昼食 ・ おやつ)の(食前 ・ 食間 ・ 食後) ・ その他(_____)	
依頼期間	_____ 月 日 ~ _____ 月 日	

※投薬者と確認者は別人とし、最低2人以上立ち会いの下、投薬を行うこと。

日付	投薬記録					確認印
	受領者名	受領時刻	時	分	保管場所	
/	受領者名	受領時刻	時	分	職員室・冷蔵庫・調乳室	
	投薬者名	投薬時刻	① 時	分	② 時 分 ③ 時 分	
/	受領者名	受領時刻	時	分	職員室・冷蔵庫・調乳室	
	投薬者名	投薬時刻	① 時	分	② 時 分 ③ 時 分	
/	受領者名	受領時刻	時	分	職員室・冷蔵庫・調乳室	
	投薬者名	投薬時刻	① 時	分	② 時 分 ③ 時 分	
/	受領者名	受領時刻	時	分	職員室・冷蔵庫・調乳室	
	投薬者名	投薬時刻	① 時	分	② 時 分 ③ 時 分	
/	受領者名	受領時刻	時	分	職員室・冷蔵庫・調乳室	
	投薬者名	投薬時刻	① 時	分	② 時 分 ③ 時 分	
/	受領者名	受領時刻	時	分	職員室・冷蔵庫・調乳室	
	投薬者名	投薬時刻	① 時	分	② 時 分 ③ 時 分	

※投薬依頼書がなかったり印鑑がないなどの不完全な状態である場合は、対応できません。

※投薬期間が切れましたら、同じものでも再度、依頼書をお願いします。

※薬は原則として病院から指示のある物のみとさせていただきます。

※なお、投薬後における一切の責任は保護者にとって頂きます。

以上のことよろしくお願い致します。