

# 投薬依頼票

社会福祉法人 永翔会 龍翔寺こども園

お子さまの名前		記入日	年 月 日
処方医療機関名			
薬名	※必ず、処方された薬の説明書を合わせて提出してください		
病名			
① 持参した薬は、 年 月 日に( )日分処方されました			
② 保管方法は、室内・冷蔵庫・その他( )			
③使用する時間帯	食前( )分・食後( )分 その他(午前・午後・ )時頃)		
④家での飲み薬の飲ませ方			
⑤ 外用薬(塗り薬)の使用法			
この投薬依頼票によって投薬した結果についての責任は、 こども園側がないことを承認します。			
保護者氏名 _____			
月/日	/	/	/
確認チェック			
実施チェック			
留意点	<p>1 投薬はなるべく家庭で行い、やむを得ない場合のみ受け付けます。 ※医師の診断で処方された薬に限ります。</p> <p>2 薬の袋・容器には必ず名前を書いて下さい。</p> <p>3 持参いただくお薬は<b>必ず1回分</b>でお願いします。 ※水薬は1回分を別容器にいらしてください。</p> <p>4 投薬に必要な物品(スポイトなど)はご家庭で準備し、薬と一緒にご持参ください。</p> <p>5 薬は1回分をカバンに入れて持たせてください。その際、職員が分かるように声掛けをお願いします。</p>		