

お薬依頼書

下記の通り、保育時間中に投薬をお願いいたくお届け致します。

依頼日	年	月	日	曜日		
依頼先	学校法人 きたはら学園 認定こども園泉の森					
組名	こあら組	ぱんだ組	うさぎ組	りす組	くま組	きりん組
園児名				保護者名	印	
病名	病院名					
	処方日 年 月 日()					
薬の種類	内服薬(シロップ 粉 錠剤) 塗り薬 点眼薬 その他()					
昼食前	時	シロップ(cc) 粉(包) 錠剤(錠) 塗(部位)				
昼食後	時	シロップ(cc) 粉(包) 錠剤(錠) 塗(部位)				
3時おやつ前	時	シロップ(cc) 粉(包) 錠剤(錠) 塗(部位)				
3時おやつ後	時	シロップ(cc) 粉(包) 錠剤(錠) 塗(部位)				
その他	時	シロップ(cc) 粉(包) 錠剤(錠) 塗(部位)				
受付者				投与者		

- * 依頼書は、お薬と一緒に直接職員に手渡しをお願い致します。
- * 解熱剤、座薬、市販の薬はお預かり出来ません。
- * 1回分ずつ分け、薬の外装に名前を書いてお持ち下さい。
- * 投薬の期間は1週間内です。それ以上になる場合は、ご相談ください。場合により医療機関の診断書の提出をお願い致します。