〈別紙３〉

投薬情報書

保護者 記載欄

子どもの名前	予定帰宅時間 時　　分頃

医　師 記載欄

くすりの内容

抗生物質　　咳止め　　下痢止め　　整腸剤　　外用薬

その他（　　）

薬剤情報提供（　あり　・　なし　）

上記の薬を「昼」に　服用　（　　日分）　、　塗布　するように処方しました

処方日　平成　　年　　月　　日　　医療機関名：　　印

〈別紙３〉

与薬依頼票

保護者記載欄

太腺枠にご記入ください

子どもの名前　　保護者名（自署でお願いします）

医療期間名、医師名 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 病・医院 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 先生

（緊急時に連絡がとれるように記載してください）　TEL：

病名または症状

与薬を依頼するくすりの種類と数

	（　月　日）		（　月　日）		（　月　日）
粉　薬：	＿＿＿種	→	＿＿＿種	→	＿＿＿種
シロップ：	＿＿＿種	→	＿＿＿種	→	＿＿＿種
（保管は　室温・冷蔵）					
外用剤：	＿＿＿種	→	＿＿＿種	→	＿＿＿種

外用剤の使用方法

その他の注意事項

※処方内容に変更がなければ、与薬依頼票の有効期限は原則として処方日から７日以内です。
※処方内容に変更があれば、新規の予約依頼票をご提出ください。

与薬記録書

保育所記載欄

月　日	受領者サイン	投与時間	投与者サイン
月　日		時　分	
月　日		時　分	
月　日		時　分	
月　日		時　分	
月　日		時　分	
月　日		時　分	
月　日		時　分	