

投薬票(保護者記載用) 内服薬用

| | | | | | | | |
|---|--------|-----------|--|-----|----|----|----|
| 依頼先：保育園名 | | ひかりの森保育園宛 | | 平成 | 年 | 月 | 日記 |
| 依頼者：保護者名 | | 印 | | 連絡先 | | 電話 | |
| 子ども氏名 | | 男・女 | | 歳 | ヶ月 | | |
| 主治医： | | 電話 | | | | | |
| (| | 病院・医院) | | FAX | | | |
| 病名(又は症状) | | | | | | | |
| ①持参した薬は 年 月 日に処方された 日分の1回分 | | | | | | | |
| ②保管は 室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他() | | | | | | | |
| ③薬の剤型(該当するものに○) 粉 ・ 液(シロップ) ・ その他() | | | | | | | |
| ④調剤内容(薬品名) 薬の内容(該当するものに○) 抗生物質・解熱剤・咳止め・かぜ薬・その他() | | | | | | | |
| ⑤服用法 午前・午後 時 分 又は 食事 ・ おやつ の 分前・ 分後 | | | | | | | |
| ⑥注意事項 | | | | | | | |
| 園記載 | 日付 | / | | | | | |
| | 受領者サイン | | | | | | |
| | 保管時サイン | | | | | | |
| | 投与者サイン | | | | | | |
| | 実施状況など | | | | | | |

投薬票(保護者記載用) 外用薬用

| | | | | | | | |
|---|--------|-----------|---|-----|----|----|----|
| 依頼先：保育園名 | | ひかりの森保育園宛 | | 平成 | 年 | 月 | 日記 |
| 依頼者：保護者名 | | 印 | | 連絡先 | | 電話 | |
| 子ども氏名 | | 男・女 | | 歳 | ヶ月 | | |
| 主治医： | | 電話 | | | | | |
| (| | 病院・医院) | | FAX | | | |
| 病名(又は症状) | | | | | | | |
| ①持参した薬は 年 月 日に処方された 軟膏 ・ クリーム ・ その他() | | | | | | | |
| ②保管は 室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他() | | | | | | | |
| ③薬の内容 保湿剤 ・ ステロイド ・ その他() 調剤内容(薬品名) | | | | | | | |
| ④使用する日時 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | | | | | |
| ⑤使用法 | | | | | | | |
| ⑥注意事項 | | | | | | | |
| 園記載 | 日付 | / | / | / | / | / | / |
| | 受領者サイン | | | | | | |
| | 保管時サイン | | | | | | |
| | 実施者サイン | | | | | | |
| | 実施状況など | | | | | | |