

病児・病後児保育 与薬依頼書

はっぴい保育園 病児・病後児保育

令和 年 月 日

保護者氏名

印

次の児童について、保護者に代わって与薬をお願いします

氏名		性別	男・女
生年月日	年 月 日 (歳 ケ月)		
病名 (症状)			
薬品名			
薬の種類 (個数を記入)	<input type="checkbox"/> 水薬() <input type="checkbox"/> 粉薬() <input type="checkbox"/> 錠剤() <input type="checkbox"/> 目薬() <input type="checkbox"/> 軟膏() <input type="checkbox"/> その他()		
投薬の時間	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他()		

※薬剤情報提供書又はお薬手帳コピーを添付してください

受領者サイン

投与時刻	① 時	分与薬	与薬者サイン
	② 時	分与薬	与薬者サイン
	③ 時	分与薬	与薬者サイン