

岩国市病児保育事業投薬・坐薬依頼書

年 月 日

病児保育事業の実施施設長 様

別紙の薬剤情報提供書又はお薬手帳の控えのとおり、保護者に代わって
投薬 ・ 坐薬挿入 をお願いします。

		投薬期間日 年 月 日 ~ 年 月 日	
保護者氏名		園児氏名	
1 薬の種類 と個数	1 水薬 (個)	2 粉薬 (個)	3 錠剤 (個)
	4 目薬 (個)	5 軟膏 (個)	
	6 坐薬 (個)	7 その他 (種類 個)	
2 坐薬を使用するとき	熱が () 度になったとき ・ 発作がおきたとき		

施設記録欄	受領者氏名		受領日時	月 日	受領者氏名		受領日時	月 日
	受領者氏名		受領日時	月 日	受領者氏名		受領日時	月 日
	受領者氏名		受領日時	月 日	受領者氏名		受領日時	月 日
	投与者氏名		投与日時	月 日	薬名		気づき	
	投与者氏名		投与日時	月 日	薬名		気づき	
	投与者氏名		投与日時	月 日	薬名		気づき	
	投与者氏名		投与日時	月 日	薬名		気づき	
	投与者氏名		投与日時	月 日	薬名		気づき	
	投与者氏名		投与日時	月 日	薬名		気づき	

※ 薬の容器、袋等に、名前をはっきり記入してください。

※ 太枠のみ記入してください。

※ 薬は、1回ずつに分けてその日の分のみを持ってきてください。

※ 投与する薬は、医師が処方したもののみです。