

(様式2)

慢性疾患投薬依頼書

令和 年 月 日 記入

園名		みさかきたこども園			クラス名	組				
依頼者	保護者氏名	Ⓜ			連絡先電話	()				
	園児氏名				男・女	歳 ヶ月				
医療機関	病院・医院			医療機関電話	()					
主治医氏名										
病名(又は症状)										
内服薬	①持参した薬は	令和 年 月 日に処方された 日分								
	②保管は	常温・冷蔵庫・その他()								
	③くすりの剤型	粉(包)・粒(錠)・液・その他()								
	④くすりの内容									
使用する日時		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 食前 ・ 食後 その他()								
外用薬	種類	軟膏・座薬・その他()								
	使用箇所	具体的に								
薬剤情報提供書		あり								
	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
受取者Ⓜ(サイン)										
投薬者Ⓜ(サイン)										
	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
受取者Ⓜ(サイン)										
投薬者Ⓜ(サイン)										

黒枠内は全て記入してください。記入漏れや捺印がないと投薬できません。
主治医の診断書を添付してください。