

## 投薬依頼書

下記の薬を保護者に代わって服薬させることを依頼いたします。

年 月 日

児童名

保護者氏名

㊞

連絡のつく電話番号

病名または症状

	薬名	種類	効用	投薬タイミング	投薬量	投薬方法	保管方法	備考
例	XXXXX	内服（錠剤 粉薬） 塗り薬 点眼薬 その他（ ）	抗ヒスタミン剤（じんましん、腫れ、かゆみ）	食前・食後 朝食・昼食・夕食 就寝前 症状が出た時	1錠	そのまま	冷蔵庫 室温	
1		内服（錠剤 粉薬） 塗り薬 点眼薬 その他（ ）		食前・食後 朝食・昼食・夕食 就寝前 症状が出た時			冷蔵庫 室温	
2		内服（錠剤 粉薬） 塗り薬 点眼薬 その他（ ）		食前・食後 朝食・昼食・夕食 就寝前 症状が出た時			冷蔵庫 室温	
3		内服（錠剤 粉薬） 塗り薬 点眼薬 その他（ ）		食前・食後 朝食・昼食・夕食 就寝前 症状が出た時			冷蔵庫 室温	
4		内服（錠剤 粉薬） 塗り薬 点眼薬 その他（ ）		食前・食後 朝食・昼食・夕食 就寝前 症状が出た時			冷蔵庫 室温	
5		内服（錠剤 粉薬） 塗り薬 点眼薬 その他（ ）		食前・食後 朝食・昼食・夕食 就寝前 症状が出た時			冷蔵庫 室温	

※お薬の説明書のコピーを併せてご提出ください。

※医師が処方した薬以外の薬（市販薬など）はお預かりできません。

※児童が自己管理し、自分で服用できる薬については記載不要です。スタッフがお預かりし、緊急時に投薬が必要な薬のみ記載ください。

※内服する薬は1回分にし、氏名を記入した袋に入れてください。

※お薬の提出は、必ず職員に手渡しをお願いします。カバンの中に入っていた場合は投薬できません。