

投薬依頼書（点眼薬・ぬり薬用）

			園長印	主幹印	看護師印
			/	/	/
			受取人		
投薬依頼日	令和 年 月 日 ()				
投薬期間	令和 年 月 日 ~ 月 日まで				
クラス名			園児名		
保護者名					
医療機関名					
担当医師名					
病名 (または症状)					
薬の名称					
薬の保管方法	室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他 ()				
点眼薬	点眼時間	午前 ・ 午後 ・ 夕方 ・ その他 ()			
	点眼部位	左目 ・ 右目 ・ 両目			
	点眼薬の種類	種類	回	滴	*注意事項があれば記入してください。
	2種類以上ある場合の点眼の間隔		分空ける		
ぬり薬	塗布時間	午前 ・ 午後 ・ 夕方 ・ その他 ()			
	塗る部位				
	注意すること				

*子ども園記載欄

投薬日時	(/)	(:)	(/)	(:)	(/)	(:)
	(/)	(:)	(/)	(:)	(/)	(:)

- 【注意事項】**
- 1.薬（クラス・記名する）・投薬依頼書を一緒に1つの袋（クラス・記名する）に入れて持参下さい。
 - 2.必ず職員に手渡し、職員と一緒に中身を確認してください。
 - 3.投薬依頼書に記入漏れや捺印がない場合、投薬はできません。
 - 4.市販の薬、以前に処方された薬は預かりません。

※ 職員チェック欄

- 処方薬
- 薬剤情報提供書のコピーまたはお薬手帳のコピー
- 薬やビニール袋等への記名