

つちっこ保育園
与薬依頼書

年 月 日

クラス 名前

* 受診した病院

* 調剤薬局

* 病名 中耳炎(急性・滲出性) 副鼻腔炎
溶連菌感染症 喘息 とびひ
細菌性結膜炎 ものもらい
その他(病名:)

* 薬の種類 飲み薬(粉・シロップ・錠剤) 点眼(右・左)
点鼻(右・左) 点耳(右・左) 塗り薬

* 薬の名前

* 投薬時間 食前・食後・その他()

※塗り薬の場合(塗る場所:)
(塗る時間:)

* 投薬期間 月 日～ 月 日

* 薬は必ず1回分にし、このカードと一緒に保育者、看護師に渡してください

預かった職員()
投薬した職員()
投薬時間()

月

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				