

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。

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		受領時間	:				
	投与者氏名		投与時間	:	薬名		気づき	
	投与者氏名		投与時間	:	薬名		気づき	
	投与者氏名		投与時間	:	薬名		気づき	
	投与者氏名		投与時間	:	薬名		気づき	
	投与者氏名		投与時間	:	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くるください。
- ※ 投与する薬は、医師が処方したもののみです。