

投薬依頼書

保護者に代わって投薬をお願いします

※必要な項目を○で囲む、又は記入をしてください

◆内服薬◆

1日3回	1日2回	1日1回
食前	食後	食間

粉薬：1回につき	1包	2包	3包
カプセル：1回につき	1個	2個	3個
錠剤：1回につき	1錠	2錠	3錠
シロップ：1回につき	1メモリ	2メモリ	3メモリ

◆頓服薬◆

()	1包	1錠
-----	----	----

◆貼付薬◆

ホクナリンテープ	0.5m g	1m g
ツロブテテープ	0.5m g	1m g
()	_____ m g	

◆吸入◆

()：1回につき	1吸入	2吸入
-----------	-----	-----

◆坐薬◆

アルピニー坐薬	_____ () m g
ダイアアップ坐薬	
()	

◆外用薬◆

点眼薬	両目に点眼	右目 ・ 左目 に点眼
塗り薬	幹部に塗布 ()	

依頼者

保護者氏名

年 月 日

以下は病児保育施設が記入します

受領者サイン _____

投薬者サイン _____

チェック項目

投薬時間 _____

本児自身のものであるか？

頓服・坐薬の使用 有 () ・ 無

上記記載の薬と相違ないか？

名 _____