

投薬依頼票

社会福祉法人みらいのそら
 そらいろこども園 施設長 殿

年 月 日

園児名 _____ クラス _____

薬の種類について (該当するものに ○もしくは記入)	粉薬	薬品名	種類	袋	食前・食間・食後
	シロップ	薬品名	種類	袋	食前・食間・食後
		シロップ保管方法： 室温 ・ 冷蔵			
	外用剤	薬品名	種類	袋	食前・食間・食後
		外用剤使用方法：			
園での投薬期間	本日より	日間（5日以内）	その他注意事項		

私は、園内で投薬する薬について貴園の職員に一任します。

なお、私が作成した投薬依頼票に従って、投薬したにも関わらず生じた事故について一切責任を問いません。

保護者氏名

投薬確認記録表

投薬日	投薬時間	受け取り者	投薬者
年 月 日	食前・食間・食後 時 分		
年 月 日	食前・食間・食後 時 分		
年 月 日	食前・食間・食後 時 分		
年 月 日	食前・食間・食後 時 分		
年 月 日	食前・食間・食後 時 分		