

投薬依頼票

社会福祉法人みずものがたり
おへそグループ 各施設長 殿

平成 年 月 日記入

組 園児氏名 _____

医療機関について	病院名	病院TEL () -	医師名
薬の種類について (該当する欄に○ 若しくは記入)	粉薬	薬品名	種類 袋 食前・食間・食後
	シロップ	薬品名	種類 c c 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 c c 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	

以上私は園内で投与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は、一切の責任を問いません。

保護者氏名 _____ (印)

投薬確認記録票 (以下は職員が記入します。)

※職員記入

投与日	投与時間	投与者氏名	受取サイン
平成 年 月 日	食前・食間・食後： _____ 時 _____ 分		
平成 年 月 日	食前・食間・食後： _____ 時 _____ 分		
平成 年 月 日	食前・食間・食後： _____ 時 _____ 分		
平成 年 月 日	食前・食間・食後： _____ 時 _____ 分		
平成 年 月 日	食前・食間・食後： _____ 時 _____ 分		

【注意点】

- ①お薬は必ず一回分にして薬の袋や容器に園児名を必ず記入し投薬依頼票と一緒に直接職員に手渡してください。
- ②投薬期間は職員が確認記録票を記入した上で、お便りに挟んで投薬依頼票ををお返しいたします。
翌日も投薬が続く場合は、同様に一回分にした薬と投薬依頼票と一緒に直接職員に手渡してください。
- ③処方内容に変更が無い場合、投薬依頼票の有効期限は原則として処方日から5日以内です。
変更がある場合は、新しい投薬依頼票をご提出ください。
- ④医療機関についての欄は緊急時に連絡を取る際に使用します。必ず処方された病院名を記入してください。
- ⑤用紙が必要な方は職員に申し出てください。こども園は靴箱上の棚にも置いています。

【参考例】



- ⑥この書面と一緒にお薬の内容が分かる書類を添付してください。
右側の画像のような処方内容の記載されている書類です。

※最終投与者は、原本を園に控えファイルに綴じ、写しを保護者様にお渡しください。園児に万が一のことがあった際の証拠書類となりますので厳重に取り扱うようお願いいたします。