①

投薬依頼書

令和　　年　　月　　日

上北条保育園長様

保護者名　　㊞

クラス名

園 児 名

医師の診察の結果、下記の病気のため投薬が必要と診断されました。
園での投薬をお願いします。

★診断名（下記の該当する病名に○をつけてください）

01 感冒（かぜ）　02 咽頭炎　03 へんとう炎　04 気管支炎　05 気管支喘息
06 喘息性気管支炎　07 乳児嘔吐下痢症　08 感染性胃腸炎　09 周期性嘔吐症
10 中耳炎（急性・滲出性）　11 伝染性膿痂疹（とびひ）　12 溶連菌感染症
13 熱性けいれん　14 アトピー性皮膚炎　15 結膜炎（急性・アレルギー性）
16 その他（　　）

受診した 医療機関名	電話（　　）　－ FAX（　　）　－
投薬期間	令和　　年　　月　　日～　　日間
最終受診日	令和　　年　　月　　日

★与薬時間：食前・食後・食間・（　　）時・その他（　　）
★薬の種類：散薬（　　）包・水薬・軟膏・点眼薬・その他（　　）
★家庭での様子

・体温　　℃　　・食欲（　有・無　）
・咳（　有・無・時々　）　　・便の状態（　固・普通・軟　）
・鼻水（　有・無・時々　）　　・その他（　　）

＊与薬についての約束事項＊

・必要事項をご記入の上、保護者の押印をお願いします。
・医師の指示による薬のみお受けします。（市販薬はお受けできません）
・薬は、１回分を薬局の袋に入れて持参してください。
・薬は、依頼書とともに必ず職員に手渡ししてください。
・薬剤情報提供書（薬局でもらう説明書）がある場合は、持参してください。