

投薬願い（薬を飲ませる）

令和 年 月 日

社会福祉法人 ときわ福祉会
 浜町保育園園長 荒木 清様

保護者にかわり投薬をお願いします。

保護者 _____ 印

園児名 _____

| | | | |
|------------------|---------------------------------------|-----|-----------|
| 病 名 | | | |
| 病 院 名 | | 主治医 | |
| くすりの剤型 (該当に○) | 粉・液（シロップ）・外用薬・その他（ ） | | |
| くすりの内容 (該当に○) | 抗生物質・解熱剤・咳止め・下痢止め・かぜ薬 外用薬（ ） | | |
| 使用する日時 (該当に○) | 月 日 午前・午後 時 分又は食前・食後・食間 その他具体的に（ ） | | |
| 外用薬などの使用法 | | | |
| その他の注意事項 | | | |
| 保 育 園 記 録 | 受領者名 | | |
| | 投与者名 | | |
| | 投与時刻 | 月 日 | 午前・午後 時 分 |
| | 実施状況 | | |