投薬依頼書

【内服薬】

粉薬 ・ カプセル ・ 錠剤 ・ シロップ

□1日3回　□1日2回　□1日1回

□ 食前　□ 食後　□ 食間

【頓服薬】　[　　]　[　　]　[　　]

【貼付薬】

ホクナリンテープ　□0.5 mg　□1 mg

ツロブテテープ　□0.5 mg　□1 mg

[　　]　□0.5 mg　□1 mg

【吸入薬】

[　　]　1回につき　1吸入　2吸入

【坐薬】

アンヒバ　□100 mg　□200 mg

ダイアップ　□40 mg　□60 mg

[　　]

【外用薬】

[　　] 点眼薬　[　　] 点眼薬

[　　] 塗り薬　[　　] 塗り薬

[　　] 塗り薬

【その他】

[　　]

年　　月　　日

保護者に代わって投薬をお願いします。

依頼者

保護者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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＿＿＿＿＿＿＿＿

投薬時間＿＿＿＿＿＿＿＿

チェック項目

□本児自身のものであるか？

□上記記載の薬と相違ないか？

病児保育室　MON TAMIA