

投薬依頼書（塗り薬・点眼等）

スマイスセレソン 様

医師により下記の通り指示・処方を受けましたので、投薬について下記の通り連絡します。

保護者氏名

クラス	組	生年月日	R・H	年	月	日
フリガナ						
園児氏名						
依頼日	令和	年	月	日	登園直前の体温	℃
病名/ 症状						
病院名						
処方医療機 関名						
薬の用途	別途、お薬の説明書の ご提出をお願いします	処方日	令和	年	月	日
依頼期間	月	日	～	月	日	（基本的には、1w単位での依頼とする）
必要時の 状況	（例）かゆがるとき、オムツかえるとき、お昼寝前に1回など					
保管方法	常温	冷蔵庫	その他（	）		

○保育室記入欄○

受付日	受領者	保護者

《注意事項》

※保護者の記載漏れ、署名、お薬の説明書のない依頼書はお預かりできません。

- 1.薬を入れた容器（蓋・本体）には必ず園児名を記載してください。
- 2.必ず職員に薬と投薬依頼書をセットで手渡しをお願いします。
- 3.座薬・市販薬は塗布及び投薬できません。
- 4.お薬の説明書は、投薬期間中は毎日添付してください。
- 5.保護者サインは投薬サイン確認後の最終日にいただくようにしてください。

※職員が記載する箇所になりますので保護者の方の記入は不要です。

受け取り時の確認項目	
◎	投薬依頼書の記載もれはないか
◎	お薬の説明書又はお薬手帳（コピーが望ましい、手帳は受け取らない）
◎	受け取りサインを忘れていないか※保護者からの受け取りサイン

/	/	/	/	/	/
印	印	印	印	印	印

※使用者サイン/確認者サイン

与薬時 ダブルチェック項目	
◎	人間違いはしていないか
◎	目的が合っているか（お薬の説明書と投薬依頼書の病名・症状と合っているか）
◎	与薬量・回数、与薬時間、与薬方法は間違っていないか

投与時の状態(腫れ、赤み、痒み、部位)	
印/印	

※使用者サイン/確認者サイン