

年 月 日

たけのこ病児保育室 投薬依頼書

保護者に代わって投薬をお願いいたします

依頼者 保護者氏名

薬の処方日 年 月 日

薬品名	剤型	処方時間	保管場所	注意事項
	粉末・液体・錠剤 外用薬 その他（ ）	食後・食間 その他 （ ）	室温 冷蔵庫 その他（ ）	
	粉末・液体・錠剤 外用薬 その他（ ）	食後・食間 その他 （ ）	室温 冷蔵庫 その他（ ）	
	粉末・液体・錠剤 外用薬 その他（ ）	食後・食間 その他 （ ）	室温 冷蔵庫 その他（ ）	
	粉末・液体・錠剤 外用薬 その他（ ）	食後・食間 その他 （ ）	室温 冷蔵庫 その他（ ）	
	粉末・液体・錠剤 外用薬 その他（ ）	食後・食間 その他 （ ）	室温 冷蔵庫 その他（ ）	



以下は病児保育室が記載します

受領者サイン _____

投薬者サイン _____