

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 _____