

服用シート

依頼者	保護者氏名	印		TEL
組	氏名			
【内服】 【点眼】など				
処方された医療機関	TEL		処方日	
病名	症状			
いつ飲みますか (いつ使いますか)	令和 年 月 日			
	昼食前 昼食後 おやつ後 ()時			
何を飲みますか (何を使いますか)	粉薬()包・水薬・目薬 両目 右目 左目			
薬の内容	風邪薬・抗生物質・咳止め・下痢止め・抗アレルギー薬・他()			
保育園記載	月	日	受領者サイン	保管者サイン
			投与者サイン	投与時間
			時	分
【塗り薬】				
処方された医療機関	TEL		処方日	
病名	症状			
いつ塗りますか	令和 年 月 日～ 月 日			
	便が出た時・他()・()時頃			
どこに塗りますか				
保育園記載欄				
月/日				
受領者サイン				
保管者サイン				
投与者サイン	実施			
	確認			
投与時間	:	:	:	:

服用シート

依頼者	保護者氏名	印		TEL
組	氏名			
【内服】 【点眼】など				
処方された医療機関	TEL		処方日	
病名	症状			
いつ飲みますか (いつ使いますか)	令和 年 月 日			
	昼食前 昼食後 おやつ後 ()時			
何を飲みますか (何を使いますか)	粉薬()包・水薬・目薬 両目 右目 左目			
薬の内容	風邪薬・抗生物質・咳止め・下痢止め・抗アレルギー薬・他()			
保育園記載	月	日	受領者サイン	保管者サイン
			投与者サイン	投与時間
			時	分
【塗り薬】				
処方された医療機関	TEL		処方日	
病名	症状			
いつ塗りますか	令和 年 月 日～ 月 日			
	便が出た時・他()・()時頃			
どこに塗りますか				
保育園記載欄				
月/日				
受領者サイン				
保管者サイン				
投与者サイン	実施			
	確認			
投与時間	:	:	:	: