

服用シート

依頼者	保護者氏名		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	確認	
					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	:	:	:	:	:	:	