

【注意事項】

- ◇医師から処方された薬のみお預かりします。市販薬はお預かりしておりません。
- ◇投薬を依頼する場合は事前にご連絡ください。また、別紙「流山市児童発達支援センターにおける投薬依頼について」の内容をご確認ください。
- ◇薬は「投薬依頼書」「薬剤提供書のコピー」と一緒にジッパー付の小袋に入れてお持ちください。
- ◇お預かりする薬は一回分の量をお持ちください。
- ◇薬の袋や容器には必ず日付とご記名をお願いします。
- ◇投薬が困難な場合があることをご了承ください。

投薬依頼書

全ての欄を自筆で
ご記入ください

※太枠内にご記入ください

流山市児童発達支援センター

クラス名	〇〇	園児名	流山 つばさ
処方日	令和7年7月1日	医療機関名 医師名	△△クリニック 翼 花子
病名 (症状)	中耳炎		
薬剤名	□□□		
投薬日	令和 7 年 7 月 3 日		
投薬時間	食前 ・ 食後		
保管方法	常温 ・ 保冷バック (※各ご家庭でご用意ください)		
服用方法	水で飲ませる		
緊急連絡先	例：母携帯 080-1234-5678 080-8765-4321		
上記薬剤の投与を委任します。			
署名 流山 太郎			

職員記入欄 ※職員2名で確認する

※毎回自筆で記入し提出してください

受領者サイン (ダブルチェック)	/	投薬者サイン (ダブルチェック)	/
---------------------	---	---------------------	---