OHTAC
오송보건의료행정타운
청사어린이집

투 약 의 뢰 서

금일 자녀의 투약을 간호사(담임)선생님께 의뢰합니다.

반 명		원 아 명	
증상 예) 감기			

< 약 정 보 >

약종류	물약	가루약
보관방법	실온 / 냉장	실온 / 냉장
투약용량	_____ ㎖	_____ 포
투약횟수	회	회
투약시간	(예: 오전간식후, 점심후, 오후간식후)	
특이사항		

투약으로 인한 책임은 의뢰자가 집니다.

20 년 월 일

의뢰자(학부모) 인(서명)

- 투약은 약물 오남용을 예방하기 위하여 당일 투약 분량만 의뢰
- 투약의뢰서에 원아명 및 학부모 서명이 기재되어 있지 않을 경우 투약 불가
- 투약병(안약 등 점안액 병 포함) 및 투여 할 가루약에 원아명이 기재 되어 있지 않을 경우 투약불가

	어린이집 투약시간 및 수거시간
오 전	9:45~10:15(오전 간식 후 투약)
점 심	11:40~13:00(반별 순차적 점심 투약)
오 후	3:00~4:15(낮잠 후 투약, 오후 간식 후 투약)

※ 투약 수거는 오전 09:15 ~09:45까지 이루어집니다.
※ 만 3세 이하는 낮잠시간을 고려하여 <점심약>이 투약됩니다.
(단, 투약보고서에 실제 투약시간 기록)

<투약 후 간호사(담임)작성>

의뢰자(학부모)님이 의뢰하신 용법 및 용량에 따라 투약하였습니다.

특이사항 메모: 투약자 : 인(서명)

OHTAC
오송보건의료행정타운
청사어린이집

투 약 의 뢰 서

금일 자녀의 투약을 간호사(담임)선생님께 의뢰합니다.

반 명		원 아 명	
증상 예) 감기			

< 약 정 보 >

약종류	물약	가루약
보관방법	실온 / 냉장	실온 / 냉장
투약용량	_____ ㎖	_____ 포
투약횟수	회	회
투약시간	(예: 오전간식후, 점심후, 오후간식후)	
특이사항		

투약으로 인한 책임은 의뢰자가 집니다.

20 년 월 일

의뢰자(학부모) 인(서명)

- 투약은 약물 오남용을 예방하기 위하여 당일 투약 분량만 의뢰
- 투약의뢰서에 원아명 및 학부모 서명이 기재되어 있지 않을 경우 투약 불가
- 투약병(안약 등 점안액 병 포함) 및 투여 할 가루약에 원아명이 기재 되어 있지 않을 경우 투약불가

	어린이집 투약시간 및 수거시간
오 전	9:45~10:15(오전 간식 후 투약)
점 심	11:40~13:00(반별 순차적 점심 투약)
오 후	3:00~4:15(낮잠 후 투약, 오후 간식 후 투약)

※ 투약 수거는 오전 09:15 ~09:45까지 이루어집니다.
※ 만 3세 이하는 낮잠시간을 고려하여 <점심약>이 투약됩니다.
(단, 투약보고서에 실제 투약시간 기록)

<투약 후 간호사(담임)작성>

의뢰자(학부모)님이 의뢰하신 용법 및 용량에 따라 투약하였습니다.

특이사항 메모: 투약자 : 인(서명)

OHTAC
오송보건의료행정타운
청사어린이집

투 약 의 뢰 서

금일 자녀의 투약을 간호사(담임)선생님께 의뢰합니다.

반 명		원 아 명	
증상 예) 감기			

< 약 정 보 >

약종류	물약	가루약
보관방법	실온 / 냉장	실온 / 냉장
투약용량	_____ ㎖	_____ 포
투약횟수	회	회
투약시간	(예: 오전간식후, 점심후, 오후간식후)	
특이사항		

투약으로 인한 책임은 의뢰자가 집니다.

20 년 월 일

의뢰자(학부모) 인(서명)

- 투약은 약물 오남용을 예방하기 위하여 당일 투약 분량만 의뢰
- 투약의뢰서에 원아명 및 학부모 서명이 기재되어 있지 않을 경우 투약 불가
- 투약병(안약 등 점안액 병 포함) 및 투여 할 가루약에 원아명이 기재 되어 있지 않을 경우 투약불가

	어린이집 투약시간 및 수거시간
오 전	9:45~10:15 (오전 간식 후 투약)
점 심	11:40~13:00 (반별 순차적 점심 투약)
오 후	3:00~4:15(낮잠 후 투약, 오후 간식 후 투약)

※ 투약 수거는 오전 09:15 ~09:45까지 이루어집니다.
※ 만 3세 이하는 낮잠시간을 고려하여 <점심약>이 투약됩니다.
(단, 투약보고서에 실제 투약시간 기록)

<투약 후 간호사(담임)작성>

의뢰자(학부모)님이 의뢰하신 용법 및 용량에 따라 투약하였습니다.

특이사항 메모: 투약자 : 인(서명)

OHTAC
오송보건의료행정타운
청사어린이집

투 약 의 뢰 서

금일 자녀의 투약을 간호사(담임)선생님께 의뢰합니다.

반 명		원 아 명	
증상 예) 감기			

< 약 정 보 >

약종류	물약	가루약
보관방법	실온 / 냉장	실온 / 냉장
투약용량	_____ ㎖	_____ 포
투약횟수	회	회
투약시간	(예: 오전간식후, 점심후, 오후간식후)	
특이사항		

투약으로 인한 책임은 의뢰자가 집니다.

20 년 월 일

의뢰자(학부모) 인(서명)

- 투약은 약물 오남용을 예방하기 위하여 당일 투약 분량만 의뢰
- 투약의뢰서에 원아명 및 학부모 서명이 기재되어 있지 않을 경우 투약 불가
- 투약병(안약 등 점안액 병 포함) 및 투여 할 가루약에 원아명이 기재 되어 있지 않을 경우 투약불가

	어린이집 투약시간 및 수거시간
오 전	9:45~10:15(오전 간식 후 투약)
점 심	11:40~13:00(반별 순차적 점심 투약)
오 후	3:00~4:15(낮잠 후 투약, 오후 간식 후 투약)

※ 투약 수거는 오전 09:15 ~09:45까지 이루어집니다.
※ 만 3세 이하는 낮잠시간을 고려하여 <점심약>이 투약됩니다.
(단, 투약보고서에 실제 투약시간 기록)

<투약 후 간호사(담임)작성>

의뢰자(학부모)님이 의뢰하신 용법 및 용량에 따라 투약하였습니다.

특이사항 메모: 투약자 : 인(서명)