【外用】

与薬依頼票

保護者記入

〇薬に氏名を記入し、**与薬依頼票とともに保育士に手渡してください。**

〇処方された病院・医院名・連絡先を記入し、**お薬の説明書を持参してください。**

〇外用薬は、月曜～土曜の一週間単位でご記入をお願いします。

児童名

保護者に代わり、与薬をお願いします。

与薬する日	年　月　日 ～　年　月　日
病名(または症状)	
薬を処方した 病院・医院名	連絡先(　－　－　)
薬の種類 (個数を記入)	目薬(　)・塗り薬(　)・点耳薬（　） その他（　）
内　容	抗生剤　・　ステロイド剤　・　抗ヒスタミン剤　・　保湿剤 その他(　)
薬を与薬する時間帯	

保護者名

(保育園　記入欄)

受け取り日時	受領者	連絡事項等	確認者	与薬者	与薬時間
月　日　：					
月　日　：					
月　日　：					
月　日　：					
月　日　：					
月　日　：					

【外用】

与薬依頼票

保護者記入

〇薬に氏名を記入し、**与薬依頼票とともに保育士に手渡してください。**

〇処方された病院・医院名・連絡先を記入し、**お薬の説明書を持参してください。**

〇外用薬は、月曜～土曜の一週間単位でご記入をお願いします。

児童名

保護者に代わり、与薬をお願いします。

与薬する日	年　月　日 ～　年　月　日
病名(または症状)	
薬を処方した 病院・医院名	連絡先(　－　－　)
薬の種類 (個数を記入)	目薬(　)・塗り薬(　)・点耳薬（　） その他（　）
内　容	抗生剤　・　ステロイド剤　・　抗ヒスタミン剤　・　保湿剤 その他(　)
薬を与薬する時間帯	

保護者名

(保育園　記入欄)

受け取り日時	受領者	連絡事項等	確認者	与薬者	与薬時間
月　日　：					
月　日　：					
月　日　：					
月　日　：					
月　日　：					
月　日　：					