

与薬依頼書（外用薬）

年 月 日（ ）児童氏名	クラス
--------------	-----

該当下記の項目に記入し、くすりと一緒に必ず保育士に直接手渡します。

★持参した薬は 年 月 日に 病院・医院を受診し、処方されたもので、
年 月 日までの指示です。保護者に代わり保育園での与薬をお願い致します。

病名(または症状)	保護者サイン
-----------	--------

薬の名称	医師の指示	与薬方法	薬の色
		塗布・点眼 点鼻・点耳 その他()	色 (中身) (容器)
		塗布・点眼 点鼻・点耳 その他()	色 (中身) (容器)

1日 回

いつ:

ガーゼ: あり ・なし

どこに:

◎その他注意すること

依頼書有効期間	月 日 ~ 月 日
受領者氏名	

与薬依頼書（外用薬）

年 月 日（ ）児童氏名	クラス
--------------	-----

該当下記の項目に記入し、くすりと一緒に必ず保育士に直接手渡します。

★持参した薬は 年 月 日に 病院・医院を受診し、処方されたもので、
年 月 日までの指示です。保護者に代わり保育園での与薬をお願い致します。

病名(または症状)	保護者サイン
-----------	--------

薬の名称	医師の指示	与薬方法	薬の色
		塗布・点眼 点鼻・点耳 その他()	色 (中身) (容器)
		塗布・点眼 点鼻・点耳 その他()	色 (中身) (容器)

1日 回

いつ:

ガーゼ: あり ・なし

どこに:

◎その他注意すること

依頼書有効期間	月 日 ~ 月 日
受領者氏名	