与薬依頼書 （外用薬用）

社会福祉法人 光輝の歩福祉会

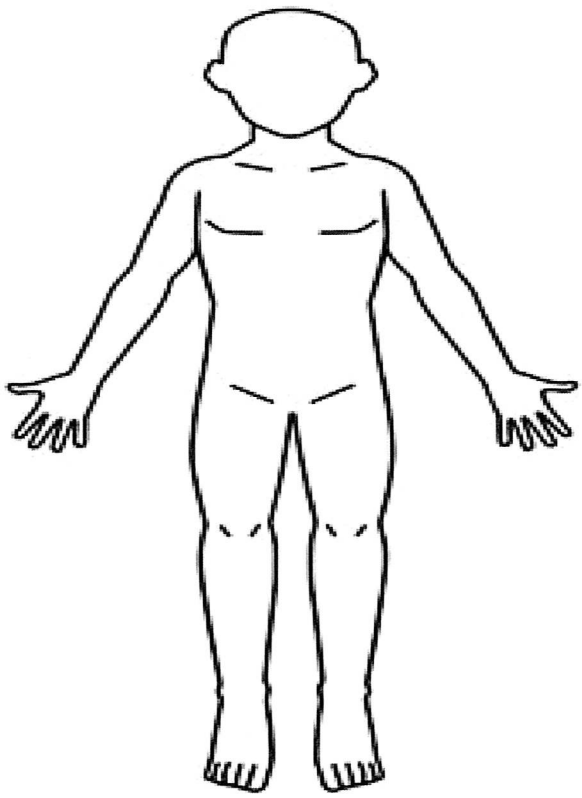
＊ 医師の診断を受けたところ、下記の通り指示がありましたのでお願い致します。
保護者の責任のもと与薬を行います。

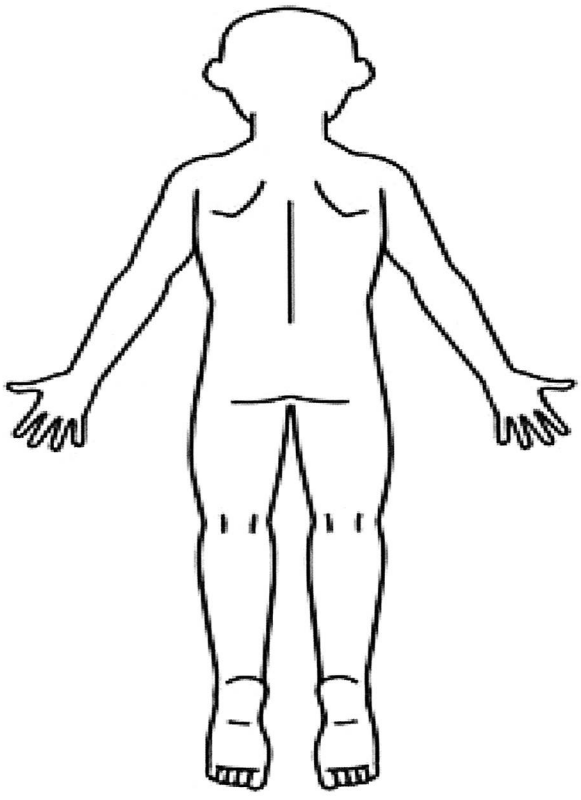
保護者名　　印

記

児童名			クラス名		
病名（又は症状）		薬の処方日	令和　年　月　日	病院 医院	
類種	・塗り薬（　　）		・目薬（　　）	・その他（　　）	
使用方法					
与薬日 保湿剤（最長1ヶ月）	令和　年　月　日　曜日 ～ 令和　年　月　日　曜日 保護者　　印				
与薬日 軟膏 点眼等	令和　年　月　日　曜日　保護者　　印				
	令和　年　月　日　曜日　保護者　　印				
	令和　年　月　日　曜日　保護者　　印				
	令和　年　月　日　曜日　保護者　　印				
	令和　年　月　日　曜日　保護者　　印				

※使用場所を ○ で囲んで下さい





保育園記入欄

日付	／	／	／	／	／
受付者サイン					
与薬時間					
与薬者印					

日付	／	／	／	／	／
受付者サイン					
与薬時間					
与薬者印					

日付	／	／	／	／	／
受付者サイン					
与薬時間					
与薬者印					

日付	／	／	／	／	／
受付者サイン					
与薬時間					
与薬者印					