

塗り薬依頼書(塗り薬・点眼薬)

依頼日 西暦 年 月 日

ぽけっとランド南千住瑞光保育園園長 殿

保護者に代わって与薬をお願いします。(薬剤情報提供書を提出します)

・この依頼書でお預かりできる薬は医師から処方された塗り薬(常温保存のもの)・点眼薬となります。

※アレルギーの薬および熱性けいれんにつきましては「投薬依頼書」にご記入ください。

・**薬剤情報提供書を必ず一緒に提出して下さい(原本可・返却します)。**

・必ず、薬本体に「園児氏名」「使用期限(期限がある場合)」をご記入ください。

(薬が複数ある場合はそれぞれにご記入ください)。

園児	組 氏名	保護者	氏名	㊞
----	------	-----	----	---

1. 塗り薬

処方内容	おむつかぶれ・虫刺され・あせも・アトピー・その他()
薬の名前	※薬剤情報提供書に記載されている薬名を転記ください。
薬の保管	1 本日降園時に持ち帰ります 2 期間中預けます → 西暦 年 月 日 ~ 年 月 日
与薬部位	※具体的に記入
与薬時間	食後・手洗い後・排泄後・おむつ交換時・午睡前・午睡後・痒がる時・痛がる時 その他()

2. 点眼薬

処方内容	結膜炎・花粉症・その他()
薬の名前	※薬剤情報提供書に記載されている薬名を転記ください。
薬の保管	※保管方法 常温・冷蔵 1 本日降園時に持ち帰ります 2 期間中預けます → 西暦 年 月 日 ~ 年 月 日
与薬部位	右目・左目・両目
与薬時間	午睡前・午睡後・その他()

備考	
----	--

園使用欄	受領者記入		園長確認
受領日	受領者	・右上依頼日確認 ・薬名(記名、期限記入)確認 ・太枠内記入漏れ確認 ・該当クラスに伝える	