

# 塗り薬依頼書

令和 年 月 日～  
令和 年 月 日

ぼけっとランド北赤羽 園長殿

保護者に代わって与薬をお願い致します。

依頼者 保護者氏名

園児氏名 ( 組 )

処方年月日	令和 年 月 日
処方内容	オムツかぶれ・アレルギー・虫刺され・あせも 乾燥・その他 ( )
薬の名称	
与薬時間	午睡前 午睡後 その他 ( )
備考	

- 1 薬は今回の病気で処方された物のみ、お預かりいたします。
- 2 今回処方された薬に、必ず名前を記入してください。複数ある場合はそれぞれに名前を記入してください。
- 3 薬剤情報提供書、又はお薬手帳の控えがある場合は提出してください。

----- 以下は園にて記載いたします。 -----

日付	/	/	/	/	/	/
受領者						
与薬者						
与薬時間	:	:	:	:	:	:

日付	/	/	/	/	/	/
受領者						
与薬者						
与薬時間	:	:	:	:	:	:

日付	/	/	/	/	/	/
受領者						
与薬者						
与薬時間	:	:	:	:	:	:

日付	/	/	/	/	/	/
受領者						
与薬者						
与薬時間	:	:	:	:	:	:

日付	/	/	/	/	/	/
受領者						
与薬者						
与薬時間	:	:	:	:	:	: