塗り薬依頼書

西暦　　年　　月　　日～
西暦　　年　　月　　日まで

ぽけっとランド北赤羽　　園長殿

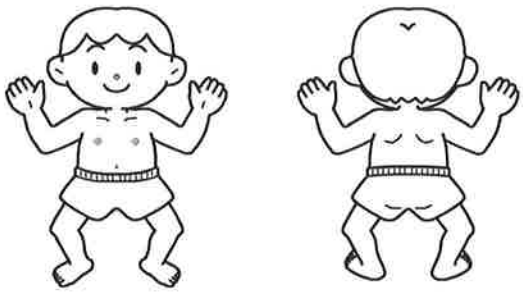
保護者に代わって与薬をお願い致します。

依頼者　　保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

乳幼児氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　組）

処方年月日	
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	

薬を塗る箇所に色をつけてください



塗り間違え防止のため、お薬が複数ある際は色分けをしてください。

1．　薬は今回の病気等で処方された物のみお預かりいたします。（1日3回以上塗布のもの）
2．　**今回処方されたお薬に必ず名前を記入してください。複数ある場合に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、またはお薬手帳の控えを裏面に添付してください。**

---------- 以下は保育園にて記載いたします。----------

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

諸注意

※同じ薬でも新しく処方された場合、再度用紙に記入をしていただき、**薬剤情報提供書、またはお薬手帳の控えも再度添付してください。**

※１ヶ月ごとの申請となります。日数に関係なく、１日から月末までの１ヶ月単位とし、月末で塗布は終了となります。翌日の１日からも続けて塗布を依頼される場合は、月初に新しい依頼書にご記入の上、忘れずにご提出ください。月の途中で塗布を終了する場合は、担任までお知らせください。

※薬は、毎日お持ち帰りいただきます。

薬剤情報提供書またはお薬手帳のコピーを添付してください。

添付

学校法人　三幸学園

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	:	:	:	:	:	:

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	:	:	:	:	:	: