

# 外用薬依頼書

小平なみき保育園園長殿

保護者に代わり、保育園での与薬をお願いします。

令和 年 月 日

園児名 ( 年 月 日生 )  
保護者名 (印)

(保護者記載)

## 薬剤情報書

受診日 医療機関名	受診日 年 月 日	医療機関名 _____
病名 または 症状	病名 : 症状 :	
薬剤名		
部位	具体的に記入	
与薬時間	昼食前 · 昼食後 · 適宜 その他 ( )	
指示期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで (最長3ヶ月)	
特記事項	預かり職員 / ( ) 看護師確認 月 日 返却 職員 / ( ) 看護師確認 月 日	

### 保育園確認欄

- ( ) ①保護者氏名・捺印・薬剤情報への記入
- ( ) ②薬局発行の薬の説明書コピー(処方日の確認)
- ( ) ③薬名、薬に記載の期限確認
- ( ) ④薬容器等への記名

受取日	看護師	園長