

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 医療機関名 年 月 日
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