

外用薬 投薬依頼書		記載日	年 月 日 ( )		
		クラス			
下記の通り、外用薬の投薬を依頼します。依頼した薬の服用で万一事故等が起きても、貴施設の過失以外、一切異議申し立ては致しません。		氏名			
		保護者サイン	印		
病名・症状					
薬の内容	外用薬	処方日： 年 月 日 ( 日分)			
	使用期間	月 日～ 月 日まで ・ 一週間ほど ・ 完治するまで			
	薬効	虫刺され ・ かゆみ止め ・ アトピー ・ 結膜炎 ・ その他( )			
	種類	塗り薬	方法	部位：	時間帯
目薬		右 ・ 左 1回 滴		時間間隔	
※上記以外の外用薬名・使用方法					
処方された病院名				病院Tel	
処方箋・指示書		あり (コピーを添付してください) ・ なし			
保育士記入欄		実施者			
		実施状況			

外用薬 投薬依頼書		記載日	年 月 日 ( )		
		クラス			
下記の通り、外用薬の投薬を依頼します。依頼した薬の服用で万一事故等が起きても、貴施設の過失以外、一切異議申し立ては致しません。		氏名			
		保護者サイン	印		
病名・症状					
薬の内容	外用薬	処方日： 年 月 日 ( 日分)			
	使用期間	月 日～ 月 日まで ・ 一週間ほど ・ 完治するまで			
	薬効	虫刺され ・ かゆみ止め ・ アトピー ・ 結膜炎 ・ その他( )			
	種類	塗り薬	方法	部位：	時間帯
目薬		右 ・ 左 1回 滴		時間間隔	
※上記以外の外用薬名・使用方法					
処方された病院名				病院Tel	
処方箋・指示書		あり (コピーを添付してください) ・ なし			
保育士記入欄		実施者			
		実施状況			