

塗り薬使用依頼書

スマイスセレソンこども園 園長 様

医師により下記の通り指示・処方を受けましたので、与薬について下記の通り連絡します。

クラス 園児氏名	組	生年月日	平成 年 月 日
依頼日	平成 年 月 日		

病名・症状			
病院名	電話番号 ()		
処方医療 機関名	処方日	平成 年 月 日	
薬の用途	別途 お薬の説明書をご提出願います		
依頼期間	月 日～ 月 日		
必要時の 状況			
保管方法	常温 冷蔵庫 その他()		

◆保育室記入欄

受付日	受領サイン	投与者	確認者	塗布時の様子(気づいたこと)

《注意事項》

※保護者の記載漏れ、署名捺印のない依頼書はお預かりできません。

1. 薬を入れた容器(蓋・本体)には必ず園児名を記載ください。
2. 必ず職員に手渡し願います。
3. 座薬・市販の薬は塗布及び投薬はできません。