

薬の依頼書（外用薬）

月	日	組	氏名：		
病院名：			受診日：	月	日
症状：					
くすりの種類	塗り薬	点眼薬	その他（ ）		
くすりの内容	抗生剤	その他（ ）			
外用する時間帯	具体的に（ ）				
外用期間： 月 日 ～ 月 日 *連続して与薬する場合のみ記入（最大6日間）					

注意事項	投与月日	投与日の体温	投与時間	投与者サイン
・一回分にして容器、袋にも記名してください ・ジッパーの付いた袋に依頼書と一緒にに入れて保育士に手渡してください ・依頼書に不備がある場合は、投与できません ・市販薬、解熱剤、下痢止め、吐き気止めはお預かりできません ・〇〇の時等、判断を要する薬はお預かりできません ・保護者の方の代行として保育士が投与するため、医療的な責任を負うことはできませんのでご了承ください	月 日	℃	:	
	月 日	℃	:	
	月 日	℃	:	
	月 日	℃	:	
	月 日	℃	:	
	月 日	℃	:	

☆この依頼書は一定期間、保育園で保管しますので、投与終了を確認し押印又はサイン後お戻し下さい。



保護者サイン

ひかりの子保育園

薬の依頼書（外用薬）

月	日	組	氏名：		
病院名：			受診日：	月	日
症状：					
くすりの種類	塗り薬	点眼薬	その他（ ）		
くすりの内容	抗生剤	その他（ ）			
外用する時間帯	具体的に（ ）				
外用期間： 月 日 ～ 月 日 *連続して与薬する場合のみ記入（最大6日間）					

注意事項	投与月日	投与日の体温	投与時間	投与者サイン
・一回分にして容器、袋にも記名してください ・ジッパーの付いた袋に依頼書と一緒にに入れて保育士に手渡してください ・依頼書に不備がある場合は、投与できません ・市販薬、解熱剤、下痢止め、吐き気止めはお預かりできません ・〇〇の時等、判断を要する薬はお預かりできません ・保護者の方の代行として保育士が投与するため、医療的な責任を負うことはできませんのでご了承ください	月 日	℃	:	
	月 日	℃	:	
	月 日	℃	:	
	月 日	℃	:	
	月 日	℃	:	
	月 日	℃	:	

☆この依頼書は一定期間、保育園で保管しますので、投与終了を確認し押印又はサイン後お戻し下さい。



保護者サイン

ひかりの子保育園