

# 塗り薬使用依頼書

年 月 日記入

小島保育園園長様

下記の通り塗り薬の使用を依頼いたします。

保護者氏名 ⑩

園児氏名 クラス名 組

病（医）院名	Tel				
処方日	年 月 日				
使用期間	年 月 日～ 年 月 日まで（ 日間）				
病名（または症状）					
調剤提供書	・あり ・提出済み （返却： 要 ・ 不要 ）				
順番	薬品名	効 能	塗る場所・使用法	塗る時間	保管方法
例	ワセリン	保湿剤	口の周りに薄く塗る	午睡前	常温・要冷蔵
①					常温・要冷蔵
②					常温・要冷蔵
③					常温・要冷蔵
その他注意事項など					

※薬品名、効能などは、わかる範囲で結構です。

※この用紙は今週一週間有効です。週をまたぐ場合は再度ご記入ください。

	保護者確認印	受領者印	担任印	塗布確認印
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
				園長 <span style="float: right;">看護師</span>

※保護者確認印は「○」印で かまいません。薬を確認して○印を記入してください。