

# 塗り薬使用依頼書

平成 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 \_\_\_\_\_ (印)

園児氏名 \_\_\_\_\_

クラス名 \_\_\_\_\_ 組

病(医)院名		TEL			
処方日		平成 年 月 日			
使用期間		平成 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					園長	看護師
月 日						

※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。