

眼病薬使用依頼書

平成 年 月 日記入

小島保育園園長様

下記の通り眼病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 ）			
薬の種類	・点眼薬 ・軟膏			
順番	薬品名	使用法	使用時間	保管方法
①		（・両目 ・右目 ・左目）に（点眼・塗布）		常温・要冷蔵
②		（・両目 ・右目 ・左目）に（点眼・塗布）		常温・要冷蔵
③		（・両目 ・右目 ・左目）に（点眼・塗布）		常温・要冷蔵
その他注意事項など				

※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	投薬確認印		
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。