

外用薬依頼書

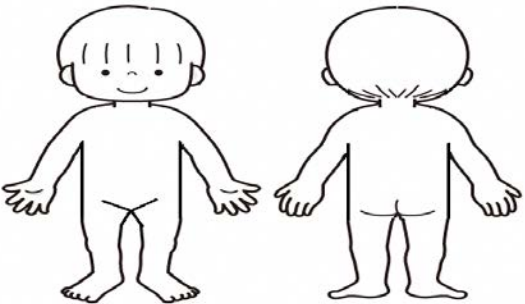
利用日： 年 月 日

医師の診断を受けたところ指示・処方を受けましたので、下記の通り与薬をお願い致します。

なお、与薬は保育士が行う場合がございます。ご了承の上、ご記入下さい。

児童氏名：

保護者氏名：

塗り薬 処方日 月 日	《病院名》	
	《薬の名前》	
	《塗布時間・回数》 おむつ交換時 ・ 午睡前 その他 ()	《塗布部分》 ※赤字で示してください 
	《使用量》	
	《保管場所》 常温 ・ 冷蔵庫 ・ その他 ()	

与薬実施記録 ※施設記入欄						
与薬時間	:	:	:	:	:	:
与薬者						
確認者						

点眼薬 点鼻薬 処方日 月 日	《病院名》	
	《薬の名前》① ②	
	《時間・回数》	
	《患部》 右 ・ 左 ・ 両方	
	《保管方法》 常温 ・ 冷蔵庫 ・ その他 ()	

与薬実施記録 ※施設記入欄						
与薬時間	:	:	:	:	:	:
与薬者						
確認者						