

外用薬依頼書

小平なみき保育園施設長殿

保護者の代わりに保育園での外用薬をお願いします。

年 月 日

園児名 _____ (平成 年 月 日生)

保護者名 _____ (印)

(保護者記載)

薬剤情報書

病名 または 症状	アレルギー性疾患 (病名 _____) 症状 :
薬名 または 薬品名	
投薬時間 の希望	昼食前 昼食後 その他
指示期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで (最長3ヶ月)
特記事項	預かり職員 / () 看護師確認 月 日 返却 職員 / () 看護師確認 月 日