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。

令和　　年　　月　　日

園児名　　（　　年　　月　　日生）

保護者名　　㊞

（保護者記載）

薬　剤　情　報　書

病名 または 症状	病名： 症状：
薬名 または 薬品名	
投薬時間 の希望 部　位	昼食前　　昼食後　　適宜 その他（　　） （具体的に記入　　）
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