与薬依頼表（外用薬用）

受付日　　年　月　日　　受付者名

クラス		園児名		持参者	
診断日	年　月　日 月1回の医師の指示が必要です。	処方年月日	年　月　日 ＊預かりは処方から6か月以内に限ります。		
処方病院名					
病名・症状					
薬の内容	軟膏・点眼薬・座薬	薬の名前			
与薬方法		備考			
与薬期間	年　月　日　～　年　月　日				
与薬時間					

＊与薬時間は、かゆみがあるとき、昼寝前など使用してほしい状態や時間を記入してください。

＊外用薬の依頼書は１か月有効です。

＊外用薬返却時、この用紙は園で保管します。　　えがお保育園

外用薬実施確認表

与薬実施日	薬の名前	使用部位	実施者名