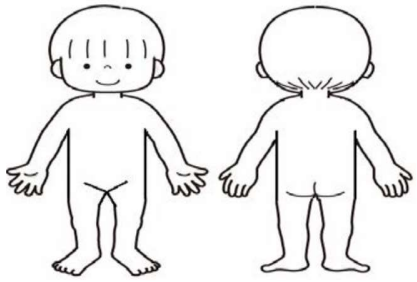
⑤外用薬依頼書

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いたします。

なお、与薬は保育士が行う場合がございます。ご了承のうえ、ご記入ください。

ふりがな		ふりがな	
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 ≪使用量≫ ≪保管場所≫ 常温　・　冷蔵庫　・　その他（　　）	≪塗布部分≫ ※赤字で示してください。 

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						