

外用薬と薬依頼書

医師により下記の指示・処方を受けましたので、与薬について下記のとおり連絡、依頼します。

依頼日：令和 年 月 日

保護者氏名

園児氏名			クラス名						
診察医療機関			病名・症状						
処方日	令和	年	月	日	開始日	令和	年	月	日
次回受診予定	令和 年 月 日 ()週 ・ 月 ・ 年/1回 ・ 未定								
薬の名前	①		②		③				
薬の種類	・軟膏・クリーム・液状 ・点眼薬・その他()		・軟膏・クリーム・液状 ・点眼薬・その他()		・軟膏・クリーム・液状 ・点眼薬・その他()				
薬の内容	・ステロイド剤 ・非ステロイド性抗炎症剤 ・かゆみ止め ・保湿剤 抗真菌剤 ・抗生剤 抗ウイルス剤 ・その他()		・ステロイド剤 ・非ステロイド性抗炎症剤 ・かゆみ止め ・保湿剤 抗真菌剤 ・抗生剤 抗ウイルス剤 ・その他()		・ステロイド剤 ・非ステロイド性抗炎症剤 ・かゆみ止め ・保湿剤 抗真菌剤 ・抗生剤 抗ウイルス剤 ・その他()				
使用時間	・給食前 シャワー後 ・午睡前 かゆがった時 ・その他()		・給食前 シャワー後 ・午睡前 かゆがった時 ・その他()		・給食前 シャワー後 ・午睡前 かゆがった時 ・その他()				
園の使用回数	回		回		回				
保存方法	・常温 冷蔵庫 ・その他()		・常温 冷蔵庫 ・その他()		・常温 冷蔵庫 ・その他()				
連絡事項									

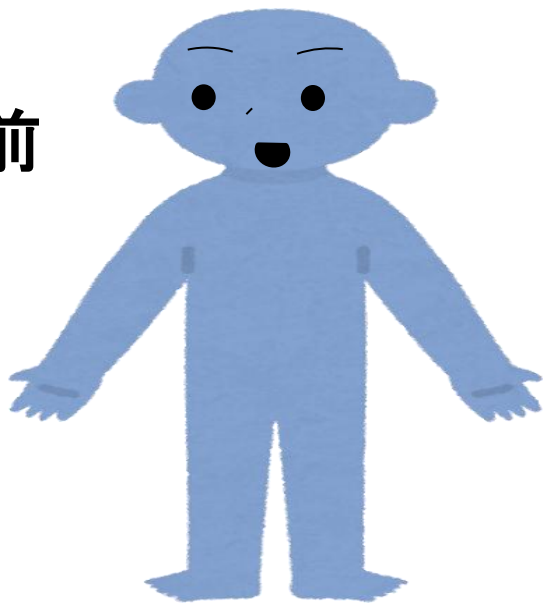
★お薬手帳または薬剤提供用紙を必ず持ってきてください。
★外用薬を使用する場合には感染予防のため使い捨て手袋をご持参してください。
★次に受診が1カ月以上空く場合には、月初めに新しい用紙に書き直してください。

❖1つでも不備があった場合(未記入、誤記入等を含む)は、お薬をお預かりすることができません。
お薬をお預かりした後に不備を発見した場合でも同様です。
事故防止・健康管理に関する重要事項ですので、ご了承ください。

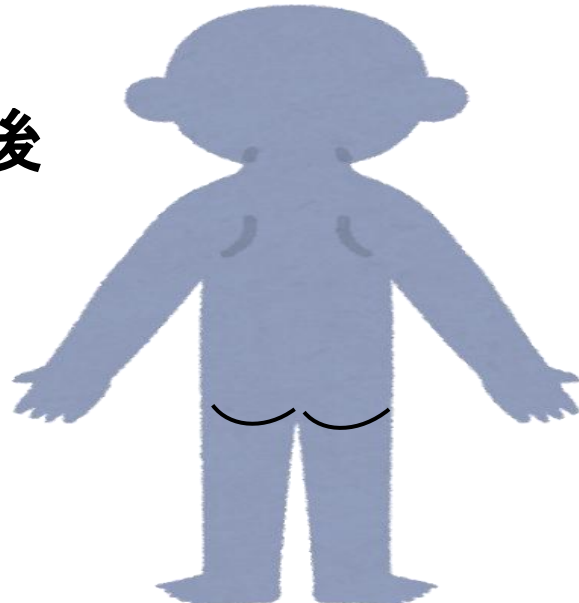
＜使用する身体の部位に○をつけてください。＞

※塗り方等指示があれば記入してください。（薄く塗る・傷口には塗らない等）

前



後



月 日	/	/	/	/	/	/	/
保護者印							
受領者							
確認者							
投与者							
投与時間	:	:	:	:	:	:	:

月 日	/	/	/	/	/	/	/
保護者印							
受領者							
確認者							
投与者							
投与時間	:	:	:	:	:	:	:

月 日	/	/	/	/	/	/	/
保護者印							
受領者							
確認者							
投与者							
投与時間	:	:	:	:	:	:	:

月 日	/	/	/	/	/	/	/
保護者印							
受領者							
確認者							
投与者							
投与時間	:	:	:	:	:	:	:

※この用紙は使用期間終了後は園で保管となります。