

平成 年 月 日

フレンド幼稚園長殿

## 投薬依頼書(外用薬)

下記の通り投薬を依頼し、投薬の責任は保護者といたします。

園児氏名 \_\_\_\_\_ クラス名 \_\_\_\_\_ 組

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

1. 病名(症状) \_\_\_\_\_ 平熱( \_\_\_\_\_ °C)

2. 病 院 名 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

3. 投薬      ◎外用薬  
    ①効果  
        虫さされ・かゆみ止め・アトピー・けいれん止め  
        その他( \_\_\_\_\_ )  
    ②種類  
        ぬり薬・目薬・座薬・その他( \_\_\_\_\_ )  
    ③薬品名( \_\_\_\_\_ )

4. 投薬期間    平成 年 月 日から 月 日までの間

5. 投薬の方法及び箇所 (行が足りない場合は、裏面にご記入ください。)

①部分 ②量 ③症状 ④間隔 ⑤回数などを詳しくご記入ください。

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

6. その他(特に注意する事柄がありましたら記載してください。)

.....