

年 月 日

認定こども園フレンド幼稚園 園長殿

## 与薬依頼書(外用薬)

下記の通り与薬を依頼し、与薬の責任は保護者といたします。

クラス名 \_\_\_\_\_ 組 \_\_\_\_\_ 園児名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_

1 病名(症状) \_\_\_\_\_

2 病院名 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

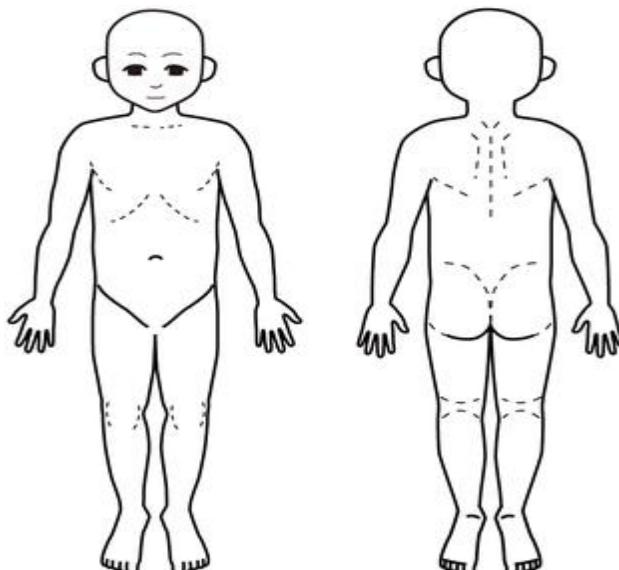
3 与薬 ◎外用薬

- ① 薬品名 ( )  
② 与薬時間 ( )  
③ 種類 ぬり薬・点眼薬・その他 ( )

注意：処方薬以外の市販薬はお預かりできません。

4 与薬期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 から \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日までの間

どの部位に薬を使用するのか、  
表に記載お願いします。



|              |   |   |   |   |   |   |
|--------------|---|---|---|---|---|---|
| 日 に ち        | / | / | / | / | / | / |
| 受け取り者<br>サイン |   |   |   |   |   |   |
| 与薬時間         |   |   |   |   |   |   |
| 与薬者<br>サイン   |   |   |   |   |   |   |