# 点眼・外用薬　依頼書

| 年　月　日（　） | 施設長確認印 |
|---|---|
| 次の園児については、医師と相談の結果、指示により、やむを得ず園での保育時間中における投薬が必要となりました。つきましては、保護者様の責任において、園で園児に対する投薬を下記によって行っていただきたくよう依頼致します。 | ㊞ |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 園児氏名 | | 保護者氏名 | |
| 医療機関名 | TEL(　　)　－ | | |
| 病名又は症状 | | | |
| 薬の処方期間 | 月　日（　）～　月　日（　） | | |
| 薬の種類 | 点眼　・　外用薬 | | |
| 薬の内容 | 点眼（　　）　・　外用薬（　　） | | |
| 服用時間 | 午前　・　午後　・　その他（時間　：　） | | |

| 〈その他注意事項〉 | 〈家庭での投薬方法〉 |
|---|---|
| | |

| 日　付 | 投薬者印 | 備　考　欄 |
|---|---|---|
| ／ | ㊞ | （　　）・特になし |
| ／ | ㊞ | （　　）・特になし |
| ／ | ㊞ | （　　）・特になし |
| ／ | ㊞ | （　　）・特になし |
| ／ | ㊞ | （　　）・特になし |

**【保護者返却用紙】**　園児氏名：

| 日　付 | 投薬者印 | 備　考　欄 |
|---|---|---|
| ／ | ㊞ | （　　）・特になし |
| ／ | ㊞ | （　　）・特になし |
| ／ | ㊞ | （　　）・特になし |
| ／ | ㊞ | （　　）・特になし |
| ／ | ㊞ | （　　）・特になし |


# 点眼・外用薬　依頼書

| 年　月　日（　） | 施設長確認印 |
|---|---|
| 次の園児については、医師と相談の結果、指示により、やむを得ず園での保育時間中における投薬が必要となりました。つきましては、保護者様の責任において、園で園児に対する投薬を下記によって行っていただきたくよう依頼致します。 | ㊞ |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 園児氏名 | | 保護者氏名 | |
| 医療機関名 | TEL(　　)　－ | | |
| 病名又は症状 | | | |
| 薬の処方期間 | 月　日（　）～　月　日（　） | | |
| 薬の種類 | 点眼　・　外用薬 | | |
| 薬の内容 | 点眼（　　）　・　外用薬（　　） | | |
| 服用時間 | 午前　・　午後　・　その他（時間　：　） | | |

| 〈その他注意事項〉 | 〈家庭での投薬方法〉 |
|---|---|
| | |

| 日　付 | 投薬者印 | 備　考　欄 |
|---|---|---|
| ／ | ㊞ | （　　）・特になし |
| ／ | ㊞ | （　　）・特になし |
| ／ | ㊞ | （　　）・特になし |
| ／ | ㊞ | （　　）・特になし |
| ／ | ㊞ | （　　）・特になし |

**【保護者返却用紙】**　園児氏名：

| 日　付 | 投薬者印 | 備　考　欄 |
|---|---|---|
| ／ | ㊞ | （　　）・特になし |
| ／ | ㊞ | （　　）・特になし |
| ／ | ㊞ | （　　）・特になし |
| ／ | ㊞ | （　　）・特になし |
| ／ | ㊞ | （　　）・特になし |