投薬依頼書（座薬を除く外用薬用）

学校法人沼田学園　恵光幼稚園

年　　月　　日

投薬に関する事故等については一切申し立て致しません。投薬の責任は全て保護者とします。

保護者名　　印

依頼者	園　児　名　　男 ・ 女　　歳　　ヶ月 保護者連絡先
主治医	（　　病院 ・ 医院　　科）
病名	
症状	（ご家庭での様子）

該当するものに〇または明記してください

（1）　持参した薬は　　年　　月　　日に処方された

・初めて使用する薬　　・以前使用したことのある薬

（2）　保管方法　・常温　・冷蔵　・その他（　　）

（3）　薬の内容　・目薬　・塗り薬　・その他（　　）

（4）　使用する日時　　年　　月

日　付	時間	保護者印	担任印	日　付	時間	保護者印	担任印
月（　）				月（　）			
月（　）				月（　）			
月（　）				月（　）			
月（　）				月（　）			
月（　）				月（　）			

（5）外用薬（座薬を除く）の使用法

（6）その他注意事項（あれば記入して下さい）

※①記入もれ、印のない場合には、お薬は受け取れません。
②必ず職員に手渡ししてください。
③「薬剤情報提供書」も必ず一緒にご提出ください。
④ファスナー付き袋、一包、容器には必ずひらがな・フルネームで名前を書いてください。

園長印	投薬者印	預り者印