慢性疾患用くすりの依頼書（保護者記入）

さ ざ な み 保 育 園

平成　　年　　月　　日

医師の診察を受けたところ、下記のように説明がありましたのでくすりをお願いします。

必要なものに〇を囲んでください。

園 児 名	クラス名：	保護者名：			
病 院 名	電話（　　）　　－				
病　名 （ 症 状 ）					
飲み薬 について	内　　容　【　　】				
	（薬名または薬の作用）【　　】				
	粉　末（　　種類）・シロップ（　　種類）・他（　　）				
	使 用 時 間（　食 前　・　食 後　・ 他【　　】）				
外用薬 について	塗り薬・貼り薬・目薬・他（　　）				
	使 用 部 位（　　）				
	使 用 時 間（　　）				
使 用 日	／	／	／	／	／
家庭状況					
受領サイン					
与薬サイン					
実施状況等					
使 用 日	／	／	／	／	／
家庭状況					
受領サイン					
与薬サイン					
実施状況等					