

与薬依頼票(外用薬用)

令和 年 月 日

※ 下の欄に保護者の署名捺印がない場合は与薬できませんのでご了承ください。

クラス		園児名	
病院名	医院・病院 電話[]		
病名 (症状)			
薬	・塗薬 []種類		・使用日時 []
	・使用箇所[]		・塗る方法[]
	・使用する期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
注 意 事 項	1 幼稚園で使用する薬剤等医師から処方されたものに限りです。		
	2 薬剤等瓶や包みにも必ずクラス、氏名を記入して下さい。		
	3 与薬依頼票に記入が無い、使用方法がはっきりしない等の薬や医師の処方箋がない薬は与薬できません。		
	4 点眼、点鼻、点耳、うがい薬は取扱いできません。		
	5 保護者同意の印がない場合は与薬できません。		

指示通りに与薬した場合の責任は保護者にあり、幼稚園に責任を問わないことに同意します。

保護者氏名

Ⓜ

蒲 幼 稚 園

