

## 眼病薬使用依頼書

- ・依頼書の正確な記入が無い場合、手渡してない場合は投薬できません。
- ・目薬・軟膏の容器に記名をお願いします。
- ・昼食後1回分のみの使用となります。

・色の付いている部分の記入をお願い致します。

期間:令和 7年 月 日( )~ 日( ) (週ごと)

\*週ごとに提出いただきます

依頼先 川東さくらんぼこども園

クラス名 ひよこ・りす・うさぎ・きりん・ぞう・らいおん

対象児 (児童名)

病院名 処方日  
令和7年 月 日

病名 (症状)

\*該当する物に○又は明記

順番	薬品名	部位	使用法	保管状態
①		両目・右目・左目	点眼・塗布	常温・冷蔵
②		両目・右目・左目	点眼・塗布	常温・冷蔵

保護者署名

緊急連絡先

	月( / )	火( / )	水( / )	木( / )	金( / )	土( / )
受付職員						
使用職員						

## 眼病薬使用依頼書

- ・依頼書の正確な記入が無い場合、手渡してない場合は投薬できません。
- ・目薬・軟膏の容器に記名をお願いします。
- ・昼食後1回分のみの使用となります。

・色の付いている部分の記入をお願い致します。

期間:令和 7年 月 日( )~ 日( ) (週ごと)

\*週ごとに提出いただきます

依頼先 川東さくらんぼこども園

クラス名 ひよこ・りす・うさぎ・きりん・ぞう・らいおん

対象児 (児童名)

病院名 処方日  
令和7年 月 日

病名 (症状)

\*該当する物に○又は明記

順番	薬品名	部位	使用法	保管状態
①		両目・右目・左目	点眼・塗布	常温・冷蔵
②		両目・右目・左目	点眼・塗布	常温・冷蔵

保護者署名

緊急連絡先

	月( / )	火( / )	水( / )	木( / )	金( / )	土( / )
受付職員						
使用職員						

