

眼病薬使用依頼書

年 月 日記入

川東さくらんぼこども園様

下記の通り眼病薬の使用を依頼します。

保護者名 (印)

園児名 クラス名 組

病名(または症状)				
病(医)院名		病院のTEL:	-	
処方日		年 月 日		
使用期間		年 月 日～ 年 月 日まで(日間)		
薬の種類		・点眼薬 ・軟膏		
順番	薬品名	使用法	使用時間	保管方法
①		(両目 右目 左目)に(点眼・塗布)		常温・要冷蔵
②		(両目 右目 左目)に(点眼・塗布)		常温・要冷蔵
③		(両目 右目 左目)に(点眼・塗布)		常温・要冷蔵
その他注意事項など				

※この用紙は、1週間有効です。

	保護者確認印	受付保育士印	投薬保育士印(投与時間)
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			

※保護者確認印は、毎回、依頼書に投薬の薬を持って来ていただいた際に、確認の印を捺印またはサインをしていただきます。