

軟膏塗布依頼票 (※薬品情報説明書も一緒にお持ち下さい。)

希望ヶ丘第二保育園 殿

令和 年 月 日

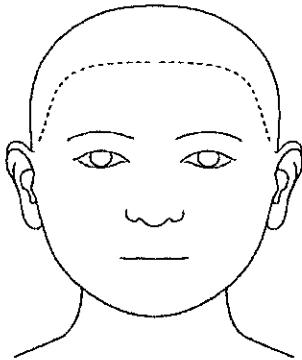
園児名		
保護者名		印
(連絡先)	—	—

持参薬剤	全部で()種類 : 薬剤名()
保管方法	室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他()
薬の内容	
使用方法	どんな時に()
	どれ位の頻度で()
園での塗布期間	年 月 日() ~ 年 月 日()
保育園確認欄	薬剤情報提供書の添付 (あり ・ 月 日 受け取り済)

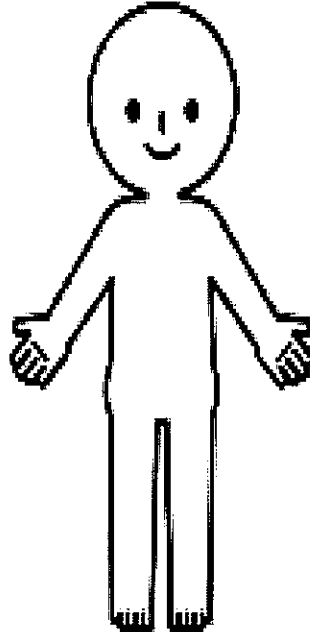
※本依頼票の有効期間は最長2週間とします。継続が必要な場合は再提出をお願いします。

塗布部位

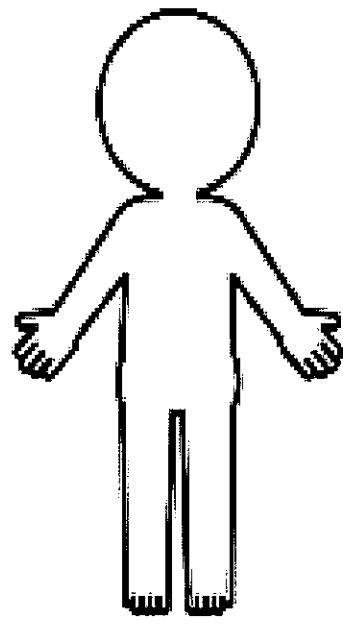
顔



身体(前面)



身体(後面)



※その他注意事項

- 薬剤情報提供書またはお薬手帳のコピーを本紙と合わせてご提出ください。
- 投薬変更時は、その都度与薬依頼票をご記入、ご提出ください。
- 与薬依頼票がない場合、こちらでの投薬は出来ませんので夕方お持ち帰りとさせていただきます。
- 与薬依頼票はコピーしてお使いください。
- 与薬依頼票は、初回受領時に当園にてお預かりし、内服の状況は連絡帳にてお知らせ致します。
- 投薬期間が変更になりましたら、職員まで声をおかけください。

