

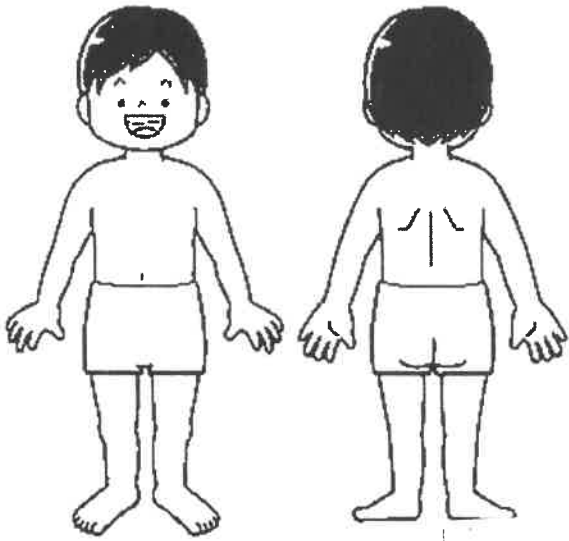
塗り薬用

与薬依頼書（保護者記入）

調布クオレ保育園

年 月 日

保護者氏名 _____ 印

クラス名（ <input type="text"/> のくみ） 園児氏名 <input type="text"/>				
病名（または症状）	<input type="text"/>			
医療機関名	主治医： <input type="text"/>			
処方日	年 月 日			
園での使用予定期間	年 月 日～ 年 月 日（最長、年度末まで）			
薬の名前	<input type="text"/>			
保存方法 （該当するものに○）	室温・冷蔵庫・その他（ <input type="text"/> ）			
開封後の使用期限 ※薬局で確認してください。	年 月 日まで / （ <input type="text"/> ）カ月間			
いつ使用するか （該当するものに○）	昼食前・昼食後・午睡前・午睡後・おやつ前・おやつ後・プール後 その他（具体的に <input type="text"/> ） ※原則1日1回の与薬となります。			
使用部位 ※薬を塗る部位を○で囲んでください。	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">  <div style="text-align: right;"> <p><具体的な使用方法></p> <p><その他の注意事項></p> <p><薬剤情報提供書> あり・なし</p> </div> </div>			
保育園記載欄	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">受領者サイン</td> <td style="width: 20%;">保管日時</td> <td style="width: 50%;">年 月 日 (時 分) / 保管者サイン：</td> </tr> </table>	受領者サイン	保管日時	年 月 日 (時 分) / 保管者サイン：
	受領者サイン	保管日時	年 月 日 (時 分) / 保管者サイン：	
園での投与期間	年 月 日～ 年 月 日（終了・更新・変更）			

※原則として、1日1回の与薬とします。その他の場合は、職員にご相談ください。

※薬の変更があった場合、塗る部位や量、頻度を変更した場合は、再度提出してください。