

薬の預かり・与薬依頼書（軟膏）

隼人認定こども園 殿

令和 年 月 日

クラス名() 組)

児童名() 保護者名() 印

生年月日(H・R 年 月 日)

医師の意見書

診断名()

①軟膏薬剤名()

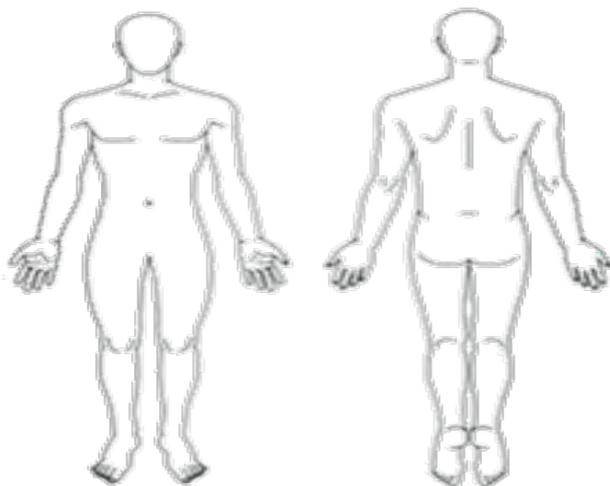
体の部位()

②軟膏薬剤名()

体の部位()

③軟膏薬剤名()

体の部位()



現在の皮膚状態は1日3回(朝・お風呂上がり・眠前)の軟膏塗布では効果が得られないため、主治医の指示により昼の軟膏塗布が必要と判断します。

令和 年 月 日

医師名

印

※□に、レ点チェックをして提出してください。

レ点が入っていない□がある場合、当園はご依頼をお受けすることができません。

- 主治医の指示により、保育時間内での塗布をお願いします。
- 薬を入れた袋・容器には、必ずフルネームで名前を記入して提出します。
- 薬を預ける際は、職員へ必ず手渡しで預けます。
- 皮膚状態が良くなり次第、職員と相談した上で持ち帰ります。

備考欄