☆ この依頼書がない場合はお預かりできません。

☆ 薬剤情報提供書がない場合はお預かりできません。

くすり依頼書（外用薬用）

たかぞのこども園園長様

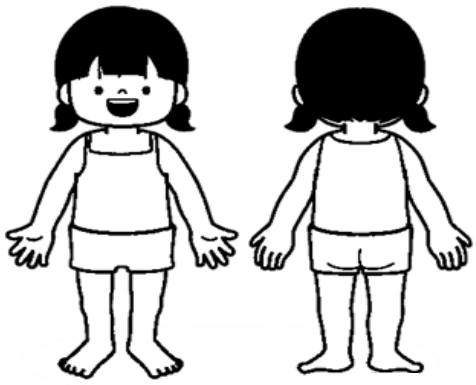
主治医の指示により、保育時間内での与薬をお願いします。

令和　　年　　月　　日

依頼者	保護者氏名　　㊞
	園児氏名
病名	
受診日	平成　　年　　月　　日
種類と数	□ 点眼薬（　　本）　□ 塗り薬（　　個） □ 貼り薬（　　枚）　□ その他（　　）
使用時間	午前 ・ 午後　　時　　分 または 食前 ・ 食後 その他（　　）
備考	

<使用部位>

使用する部位や使用する薬剤名を記入してください。



＊こども園記載		
日付	受領者	与薬者

☆ この依頼書がない場合はお預かりできません。

☆ 薬剤情報提供書がない場合はお預かりできません。

くすり依頼書（外用薬用）

たかぞのこども園園長様

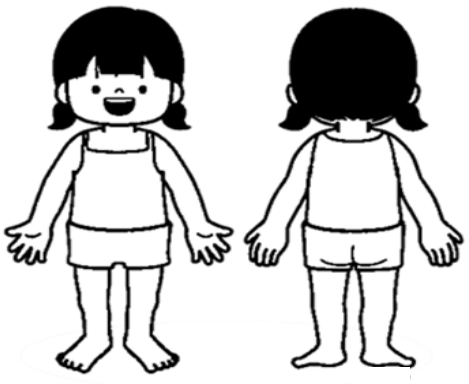
主治医の指示により、保育時間内での与薬をお願いします。

令和　　年　　月　　日

依頼者	保護者氏名　　㊞
	園児氏名
病名	
受診日	平成　　年　　月　　日
種類と数	□ 点眼薬（　　本）　□ 塗り薬（　　個） □ 貼り薬（　　枚）　□ その他（　　）
使用時間	午前 ・ 午後　　時　　分 または 食前 ・ 食後 その他（　　）
備考	

<使用部位>

使用する部位や使用する薬剤名を記入してください。



＊こども園記載		
日付	受領者	与薬者