

|                            |  |                    |  |
|----------------------------|--|--------------------|--|
| 富田保育園 園長様                  |  | 令和 年 月 日           |  |
| <u>塗り薬・目薬 使用依頼書 (6回有効)</u> |  |                    |  |
| 保護者記入                      | 保護者名                                     |                    |  |
|                            | 園児名                                      | .....<br>組 ( 歳 ヶ月) |  |
|                            | 依頼日                                      | 月 日 ~ 月 日          |  |
|                            | 病名(症状)                                   |                    |  |
|                            | 上記のため必要に応じて使用するよう指示されましたので、塗布又は点眼をして下さい。 |                    |  |
|                            | 薬を使用する場所・状況・時間や回数など                      |                    |  |
| 保育者記入                      | 確 認 書                                    |                    |  |
|                            | 保護者様                                     |                    |  |
|                            | 日付                                       |                    |  |
|                            | 受領者名                                     |                    |  |
|                            | 投薬者名                                     |                    |  |
| 依頼された薬は上記のとおり投薬しました。       |  |                    |  |
| 投薬時の様子(気付いたことがあれば記入)       |  |                    |  |

※全ての欄がきちんと記入されていないと対応できませんのでご了承下さい。  
 ※薬のチューブや容器に名前を書き、この用紙と一緒に袋(記名)に入れて保育士に手渡して下さい。

|                            |  |                    |  |
|----------------------------|--|--------------------|--|
| 富田保育園 園長様                  |  | 令和 年 月 日           |  |
| <u>塗り薬・目薬 使用依頼書 (6回有効)</u> |  |                    |  |
| 保護者記入                      | 保護者名                                     |                    |  |
|                            | 園児名                                      | .....<br>組 ( 歳 ヶ月) |  |
|                            | 依頼日                                      | 月 日 ~ 月 日          |  |
|                            | 病名(症状)                                   |                    |  |
|                            | 上記のため必要に応じて使用するよう指示されましたので、塗布又は点眼をして下さい。 |                    |  |
|                            | 薬を使用する場所・状況・時間や回数など                      |                    |  |
| 保育者記入                      | 確 認 書                                    |                    |  |
|                            | 保護者様                                     |                    |  |
|                            | 日付                                       |                    |  |
|                            | 受領者名                                     |                    |  |
|                            | 投薬者名                                     |                    |  |
| 依頼された薬は上記のとおり投薬しました。       |  |                    |  |
| 投薬時の様子(気付いたことがあれば記入)       |  |                    |  |

※全ての欄がきちんと記入されていないと対応できませんのでご了承下さい。  
 ※薬のチューブや容器に名前を書き、この用紙と一緒に袋(記名)に入れて保育士に手渡して下さい。