

# 点眼薬専用与薬依頼票

(保護者記載用)

令和 年 月 日記

依頼先	エンジェルハート保育園 宛
依頼者	クラス名： 保護者氏名 ⑩ 連絡先 電話 子ども氏名 (男・女) 歳 カ月 日
主治医	電話 ( 病院・医院) FAX
病名 (又は症状)	
(該当するものに○、または明記)	
(1) 持参した薬： 令和 年 月 日に処方された 日分	
(2) 保管方法： 室温・冷蔵庫・その他 ( )	
(3) 薬の内容： 【点眼薬名： _____】	
(4) 園で使用する日時と回数： 令和 年 月 日 ( ) ~ 月 日 ( ) 園での回数 回 → 午前 ・ 午後 ・ 午前と午後 ※その他具体的に ( )	
(5) その他の注意事項：	

※この依頼票は、提出された週のみ有効です。継続して依頼が必要な際は次週も再度依頼票の記載・提出をお願いいたします。

----- 切り取り線 -----

(保護者お渡し用)

クラス名： \_\_\_\_\_

園児氏名： \_\_\_\_\_

保育園記載			
日時	受領者サイン	投与者サイン	実施状況など
月 日 (月) 時 分			
月 日 (火) 時 分			
月 日 (水) 時 分			
月 日 (木) 時 分			
月 日 (金) 時 分			
月 日 (土) 時 分			