

アレルギー用点眼薬 与薬依頼書（保護者記入用）

年 月 日

鳥沢幼稚園長 様

保護者氏名

印

園児氏名

1	医療機関名：
	主治医氏名：
	連絡先電話番号：

2 持参した薬剤についての詳細					
名	称	与薬時刻	時間	薬	時

使用日	/	/	/	/	/
受領・保管者 サイン					
与薬時間					
与薬者 サイン					

使用日	/	/	/	/	/
受領・保管者 サイン					
与薬時間					
与薬者 サイン					

使用日	/	/	/	/	/
受領・保管者 サイン					
与薬時間					
与薬者 サイン					

使用日	/	/	/	/	/
受領・保管者 サイン					
与薬時間					
与薬者 サイン					

- 注 意 事 項
- ・与薬には「与薬に関する主治医意見書」の提出が必要です。
 - ・薬剤は医師が処方したもののみとします。
 - ・薬剤の袋や容器に名前を記入してください。