与薬依頼票（外用薬）（保護者記載用）

令和　　年　　月　　日

依頼先	保育園名　　宛
依頼者	保護者氏名　　印　　連絡先　電話 子ども氏名　　（男・女）　　歳　　か月
主治医	電話 （　　病院・医院）　　ＦＡＸ
病名 （又は症状）	

（該当するものに〇、または明記）

（１）持参した薬は、令和　　年　　月　　日に処方された　　日分のうち本日分。または　　日間分。

（２）保管は、室温・冷蔵庫・その他（　　）

（３）薬の剤型　塗り薬・坐薬・点眼薬・点鼻薬・点耳薬・その他（　　）

（４）薬の名前（　　）

（５）薬の内容　抗生物質・ステロイド・保湿剤・抗アレルギー剤・抗けいれん剤・その他（　　）

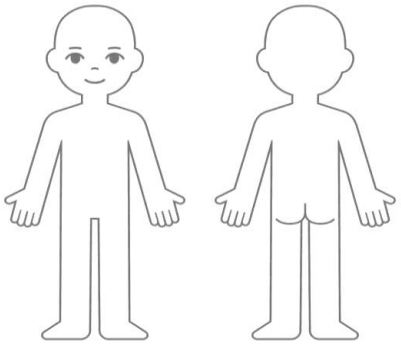
（６）与薬方法　　食事・おやつ・午睡の　　前　・　後

その他具体的に（　　）

（７）使用方法・使用量・使用部位

【使用量】具体的に：（例・塗り薬１回２ｃｍ位、など）

【使用方法】具体的に：



※使用部位に〇をつけてください

（８）その他の注意事項（　　）

（９）薬剤情報提供書　　あり・なし　（薬剤情報提供書はこの用紙と一緒にご持参ください。）

保育園記載
受領者サイン
保管時サイン　　年　月　日　時　分
与薬者サイン　　与薬時間　年　月　日　時　分
実施状況など（複数日使用した場合は裏面に記載）

与薬チェック表

名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　生年月日＿＿＿＿＿＿＿＿

年度

月日	曜日	時　間	サイン	時　間	サイン	時　間	サイン
／							
／							
／							
／							
／							
／							
／							
／							
／							
／							
／							
／							
／							

〈備考欄〉