投薬票（保護者記載用） 外用薬用

依頼先：保育園名　きらめきの森保育園　　宛　平成　　年　　月　　日記					
依頼者：保護者名　　印　連絡先　電話					
児童名　　男 ・ 女　　歳　　ヶ月					
主治医：　　電話					
（　　病院・医院）					
①薬の内容　保湿剤 ・ ステロイド ・ その他（　　）					
薬品名					
効能・用途					
薬剤提供書　あり ・ なし					
②保管は　室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他（　　）					
③使用する期間　　年　　月　　日～　　年　　月　　日					
④使用法（いつ・どこに・どのくらいの量を・どのように）					
⑤注意事項					
日付	／	／	／	／	／
受領者					
実施者					
保護者					
日付	／	／	／	／	／
受領者					
実施者					
保護者					

日付	／	／	／	／	／
受領者					
実施者					
保護者					
日付	／	／	／	／	／
受領者					
実施者					
保護者					
日付	／	／	／	／	／
受領者					
実施者					
保護者					
日付	／	／	／	／	／
受領者					
実施者					
保護者					
日付	／	／	／	／	／
受領者					
実施者					
保護者					
日付	／	／	／	／	／
受領者					
実施者					
保護者					