

## 慢性疾患用くすりの依頼書（保護者記載用）

令和7年度

社会福祉法人香楓会  
小野路保育園宛

医師の診察を受けたところ、下記のように説明がありましたのでくすりをお願いします。

提出日 令和      年      月      日      必要なものを○で囲んでください

園 児 名				組	保護者名		
病 院 名 ( 医 師 名 )	電話 (      )      -						
病 症 名 ( 症 状 )							
外用薬について	塗り薬・目薬・他 (      )						
	使用部位 (      )						
	使用時間 (      )						
使 用 日	/	/	/	/	/	/	/
朝 の 使 用 時 間	:	:	:	:	:	:	:
受 領 サ イ ン							
与 薬 サ イ ン							
実 施 状 況 等							
使 用 日	/	/	/	/	/	/	/
朝 の 使 用 時 間	:	:	:	:	:	:	:
受 領 サ イ ン							
与 薬 サ イ ン							
実 施 状 況 等							
使 用 日	/	/	/	/	/	/	/
朝 の 使 用 時 間	:	:	:	:	:	:	:
受 領 サ イ ン							
与 薬 サ イ ン							
実 施 状 況 等							

与薬について誤りがあっても故意でないかぎり責任を求めません。

※お迎え時に、直接職員と返却の確認をお願いします。