

土曜日保育では受付できません。

気管支拡張剤のテープ 確認票

(ホクナリンテープ等)

南ヶ丘こども園 園長殿

届出日 年 月 日

クラス名 園児名

病 名

与薬医（病）院名

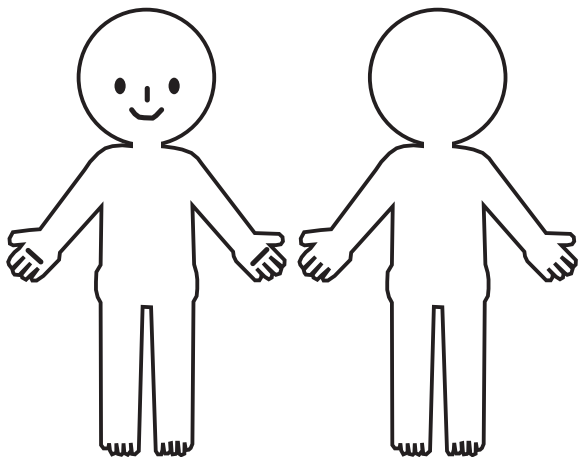
上記園児に、医師の診断により気管支拡張剤のテープ（ホクナリンテープ）を貼っています。尚、責任は、依頼者にあることを確認致します。

依頼者

- ・テープに園児名と貼った日を直接記入して下さい。
- ・テープの上から、はがれないようにサージカルテープ等をしっかり貼って下さい。
- ・確認票は、必ず登園時に提出して下さい。

使用場所（印をつけて下さい）

上記の事が確認できない場合
取らせて頂きます。



※園記入欄

| | |
|------|--|
| 受付者印 | |
| 確認者印 | |

土曜日保育では受付できません。

外用薬依頼書

南ヶ丘こども園 園長殿

届出日 年 月 日

クラス名 園児名

病 名

与薬医（病）院名

上記園児に、医師の診断により外用薬を依頼します。尚、責任は、依頼者にあることを確認致します。

依頼者

外用薬種類（薬剤情報を必ず添えて提出してください。）

処方薬

[塗り薬・目薬等の個数や種類を記入して下さい]

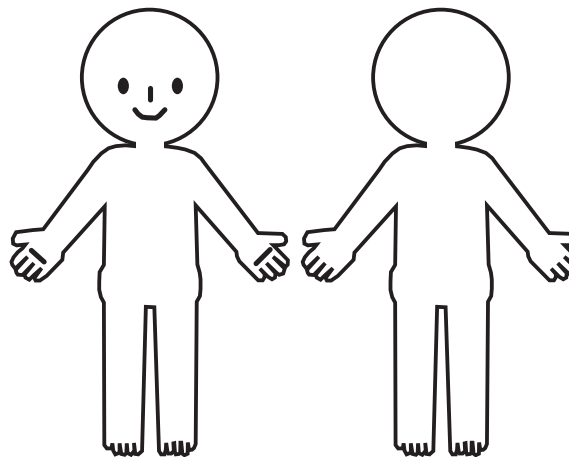
与薬時間

[食後・寝る前等の時間を記入して下さい]

使用場所（印をつけて下さい）

*ジッパー付きの袋に入れて
ご持参ください。

*袋や容器に、必ずクラス名・
氏名を記入してください。



※園記入欄

| | |
|------|--|
| 受付者印 | |
|------|--|

※確認者印

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
| | | | | |