

与薬依頼書

依頼年月日

年

月

日

組	園児名:	保護者名:
---	------	-------

処方を受けた医療機関名		医療機関の電話番号	
病名		主な症状	
内服薬	① 粉・シロップ・錠 [食前 食後 その他()]	※「その他」には食前・食後以外の場合の時間を書いてください	
	② 粉・シロップ・錠 [食前 食後 その他()]		
	③ 粉・シロップ・錠 [食前 食後 その他()]		
外用薬 (軟膏)	①患部	塗布する時間()	
	②患部	塗布する時間()	
点眼薬	① 点眼量 滴・時間()		< 左目 右目 >
	② 点眼量 滴・時間()		< 左目 右目 >
連絡先		受理者	与薬者
その他 (備考)			

----- 切り取り線 -----

与薬依頼書

依頼年月日

年

月

日

組	園児名:	保護者名:
---	------	-------

処方を受けた医療機関名		医療機関の電話番号	
病名		主な症状	
内服薬	① 粉・シロップ・錠 [食前 食後 その他()]	※「その他」には食前・食後以外の場合の時間を書いてください	
	② 粉・シロップ・錠 [食前 食後 その他()]		
	③ 粉・シロップ・錠 [食前 食後 その他()]		
外用薬 (軟膏)	①患部	塗布する時間()	
	②患部	塗布する時間()	
点眼薬	① 点眼量 滴・時間()		< 左目 右目 >
	② 点眼量 滴・時間()		< 左目 右目 >
連絡先		受理者	与薬者
その他 (備考)			