与薬依頼書（慢性疾患用）

依頼年月日　令和　　年　　月　　日

組	児童名	保護者氏名

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 水 錠剤（食前 食後 その他）　② 粉 水 錠剤（食前 食後 その他） ③ 粉 水 錠剤（食前 食後 その他）　④ 粉 水 錠剤（食前 食後 その他）		
外 用 薬（軟膏薬）	患 部　　時 間		
点 眼 薬	①回数　　回　時間　　②回数　　回　時間 患部　　（右目・左目）　患部　　（右目・左目）		
今回の薬を与える期間	月　　日～　　月　　日	備　考	

1　与薬の依頼に際しては、保育時間中に薬を与える必要があるかどうか主治医にご相談ください。
2　薬の袋や容器に、クラス名、氏名、服用時間を記入してください。
3　内服薬が複数の場合には、それぞれ①②③④と記入してください。

慢性疾患用　　児童名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

与薬依頼日	受理者	与薬者	連絡先	与薬依頼日	受理者	与薬者	連絡先
月　日				月　日			
月　日				月　日			
月　日				月　日			
月　日				月　日			
月　日				月　日			
月　日				月　日			
月　日				月　日			
月　日				月　日			
月　日				月　日			
月　日				月　日			
月　日				月　日			
月　日				月　日			
月　日				月　日			
月　日				月　日			
月　日				月　日			