

与薬依頼書

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 患部	回数 (右目・左目)	②回数 患部 (右目・左目)
連絡先	TEL	受理者	与薬者
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。