

与薬依頼書

依頼年月日 平成 年 月 日

組	園児名	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 ） ※乳児の場合は、おおよその時間をその他に記入してください		
外用薬（軟膏）	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 〉	
連絡先		受理者	与薬者
備考			

与薬依頼書

依頼年月日 平成 年 月 日

組	園児名	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 ） ※乳児の場合は、おおよその時間をその他に記入してください		
外用薬（軟膏）	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 〉	
連絡先		受理者	与薬者
備考			