

与薬依頼書(慢性疾患用)

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	(医師名	医療機関の 電話番号	
病名		主な症状	
内服薬	③ 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 患部〈 右目・左目 〉	② 回数 回 時間 患部 〈 右目・左目 〉	
連絡先 与える機関	月 日 ~ 月 日	備考	

与薬依頼書(慢性疾患用)

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	(医師名	医療機関の 電話番号	
病名		主な症状	
内服薬	④ 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 患部〈 右目・左目 〉	② 回数 回 時間 患部 〈 右目・左目 〉	
連絡先 与える機関	月 日 ~ 月 日	備考	

