

## 与薬依頼書

依頼年月日 令和 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下さい。		
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			

学校法人 聖母学園 認定こども園 長岡天使・聖母幼稚園

## 与薬依頼書

依頼年月日 令和 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下さい。		
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			

学校法人 聖母学園 認定こども園 長岡天使・聖母幼稚園