

与薬依頼書

平成 年 月 日記

くみ 名前		保護者名		印		与薬契約書の提出 (済・未)	
医療機関名 住所				TEL		病名	
						薬品名	
薬の剤型 (該当するものに○) 粉・液 (シロップ)・錠剤 外用薬 (塗り薬 ・ 点眼薬) その他 ()				薬の内容 (該当するものに○) 抗生物質・鼻水・鼻づまり止め・咳止め ・下痢止め・痛み止め・かぜ薬・酔い止め ・外用薬 (かゆみ止め・湿疹止め・消毒薬) その他 ()			
使用する時間 (該当するものに○) 食前・食間 (時 分・ 時 分) 食後・その他 ()				使用する回数と患部 (該当するものに○) 回数 回 (時 分・ 時 分) 患部 () (右目・左目・両目)			
薬の飲ませ方 ()							
園 控	くみ 名前 受け取り者 与薬者 与薬時刻 月 日 時 分・ 時 分			保 護 者 控	くみ 名前 受け取り者 与薬者 与薬時刻 月 日 時 分・ 時 分		

キ リ ト リ

与薬依頼書

平成 年 月 日記

くみ 名前		保護者名		印		与薬契約書の提出 (済・未)	
医療機関名 住所				TEL		病名	
						薬品名	
薬の剤型 (該当するものに○) 粉・液 (シロップ)・錠剤 外用薬 (塗り薬 ・ 点眼薬) その他 ()				薬の内容 (該当するものに○) 抗生物質・鼻水・鼻づまり止め・咳止め ・下痢止め・痛み止め・かぜ薬・酔い止め ・外用薬 (かゆみ止め・湿疹止め・消毒薬) その他 ()			
使用する時間 (該当するものに○) 食前・食間 (時 分・ 時 分) 食後・その他 ()				使用する回数と患部 (該当するものに○) 回数 回 (時 分・ 時 分) 患部 () (右目・左目・両目)			
薬の飲ませ方 ()							
園 控	くみ 名前 受け取り者 与薬者 与薬時刻 月 日 時 分・ 時 分			保 護 者 控	くみ 名前 受け取り者 与薬者 与薬時刻 月 日 時 分・ 時 分		