

## 与 薬 依 頼 書 (慢性疾患用)

依頼日 平成 年 月 日

組 ども氏名	
保護者氏名	印 連絡先(TEL)
主治医	電話
病名(又は症状)	
内服薬 (該当に○ )	食く 前、間、後 〉 粉 液 (シロップ)
塗り薬	回数____回く時刻_____〉 患部 く_____〉
点眼薬	回数____回く時刻_____〉 患部 く 左目 右目 〉
今回の薬を 与える期間	

## 与 薬 依 頼 書 (慢性疾患用)

依頼日 平成 年 月 日

組 ども氏名	
保護者氏名	印 連絡先(TEL)
主治医	電話
病名(又は症状)	
内服薬 (該当に○)	食く 前、間、後 〉 粉 液 (シロップ)
塗り薬	回数____回く時刻_____〉 患部 く_____〉
点眼薬	回数____回く時刻_____〉 患部 く 左目 右目 〉
今回の薬を 与える期間	

