

与薬依頼書

依頼日： 年 月 日

組 子ども氏名	
保護者氏名	印 連絡先 TEL
主治医	医療機関名 TEL
病名（又は症状）	
内服薬 （該当に○）	1. 【与薬時間】 食前・食間・食後 【種類】 粉・液（シロップ） 2. 【与薬時間】 食前・食間・食後 【種類】 粉・液（シロップ）
塗り薬	1. 【回数】 回（時間： ） 【患部】 2. 【回数】 回（時間： ） 【患部】
点眼薬	1. 【回数】 回（時間： ） 【患部】 左目 右目 2. 【回数】 回（時間： ） 【患部】 左目 右目
与薬期間	月 日～ 月 日（1週間まで） 園使用欄：
備考	飲み方などをお書きください。 （例）水に溶かさず飲めます。少量の水に溶かしスプーンで飲めます。

与薬依頼書

依頼日： 年 月 日

組 子ども氏名	
保護者氏名	印 連絡先 TEL
主治医	医療機関名 TEL
病名（又は症状）	
内服薬 （該当に○）	1. 【与薬時間】 食前・食間・食後 【種類】 粉・液（シロップ） 2. 【与薬時間】 食前・食間・食後 【種類】 粉・液（シロップ）
塗り薬	1. 【回数】 回（時間： ） 【患部】 2. 【回数】 回（時間： ） 【患部】
点眼薬	1. 【回数】 回（時間： ） 【患部】 左目 右目 2. 【回数】 回（時間： ） 【患部】 左目 右目
与薬期間	月 日～ 月 日（1週間まで） 園使用欄：
備考	飲み方などをお書きください。 （例）水に溶かさず飲めます。少量の水に溶かしスプーンで飲めます。