

与薬依頼書（慢性疾患用）

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	園使用欄：
備考		

与薬依頼書（慢性疾患用）

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	園使用欄：
備考		