

与薬依頼書

依頼日： 年 月 日

園児名：

保護者名：

保護者連絡先：

投薬を受けた病院		連絡先（ - - ）				
病名						
持参した薬	名称					
	使用目的					
	剤型	<input type="checkbox"/> 粉 <input type="checkbox"/> シロップ <input type="checkbox"/> 塗り薬 <input type="checkbox"/> 貼り薬 <input type="checkbox"/> 目薬 <input type="checkbox"/> 座薬 <small>※飲み薬は1回分ずつに分けてお預けください</small>				
	与薬時間	<input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 時間指定（ 時 分頃）				
	保管	<input type="checkbox"/> 室温 <input type="checkbox"/> 冷蔵庫 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	<small>（その他注意事項があればご記入ください）</small>					
使用日	/	/	/	/	/	
投薬時間	:	:	:	:	:	
投薬サイン						
薬受付者サイン						