

☆ 外用

与薬依頼書（保護者記載用）

平成 年 月 日

保護者 _____ 印

児童名 _____ 男・女（ 歳 か月）

連絡先（電話） _____

1 病院名： _____ 主治医名： _____ 連絡先（電話）： _____						
2 病 名： _____						
3 持参した薬 1) 薬品名： _____ 2) 剤 型： <input type="checkbox"/> 塗り薬（ 種類） <input type="checkbox"/> その他 3) 使用方法： 時間帯や、与薬が必要な状態など具体的に記入ください。 4) 保管期間：（1週間まで） 月 日（ ） ~ 月 日（ ）						
4 その他の注意事項	受取 職員					
対応職員	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目

※ 薬にも必ず名前と日付の記入をお願いします。

-----<キリトリ>-----

☆ 外用

与薬依頼書（保護者記載用）

平成 年 月 日

保護者 _____ 印

児童名 _____ 男・女（ 歳 か月）

連絡先（電話） _____

1 病院名： _____ 主治医名： _____ 連絡先（電話）： _____						
2 病 名： _____						
3 持参した薬 1) 薬品名： _____ 2) 剤 型： <input type="checkbox"/> 塗り薬（ 種類） <input type="checkbox"/> その他 3) 使用方法： 時間帯や、与薬が必要な状態など具体的に記入ください。 4) 保管期間：（1週間まで） 月 日（ ） ~ 月 日（ ）						
4 その他の注意事項	受取 職員					
対応職員	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目

※ 薬にも必ず名前と日付の記入をお願いします。