

☆ 内服用

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"/> 粉薬（ 袋） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） <input type="checkbox"/> シロップ（ 種類） <input type="checkbox"/> 錠剤（ 錠） 3) 使用方法： <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） | |
| 4 その他の注意事項 | 受取職員 _____ 対応職員 _____ |

※ 薬にも必ず名前と日付の記入をお願いします。

..... <キリトリ>

☆ 内服用

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"/> 粉薬（ 袋） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） <input type="checkbox"/> シロップ（ 種類） <input type="checkbox"/> 錠剤（ 錠） 3) 使用方法： <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） | |
| 4 その他の注意事項 | 受取職員 _____ 対応職員 _____ |

※ 薬にも必ず名前と日付の記入をお願いします。