

第三暁愛児園施設長あて

与薬依頼書

組 児童名 (年 月 日生)

主治医名 医療機関名

病名または症状

投薬期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで
*令和 年 月 日に処方

薬 剤 名 :

薬剤の種類 : シロップ・粉・粒・塗布薬・点眼薬・その他
塗布箇所
与薬量

与薬時間 : 食前・食後 (その他)

保管方法 : 室温・冷蔵庫 (その他)

令和 年 月 日 保護者氏名

与薬依頼書

第三暁愛児園施設長あて

組 児童名 (年 月 日生)

主治医名 医療機関名

病名または症状

投薬期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで
*令和 年 月 日に処方

薬 剤 名 :

薬剤の種類 : シロップ・粉・粒・塗布薬・点眼薬・その他
塗布箇所
与薬量

与薬時間 : 食前・食後 (その他)

保管方法 : 室温・冷蔵庫 (その他)

令和 年 月 日 保護者氏名