

☆与薬が必要な期間中は毎回ご提出ください。

| 与薬依頼書                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                |                 |                   | 年 | 月 | 日 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------|-------------------|---|---|---|
| 依頼先                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 施設名            |                 |                   |   |   |   |
| 依頼者                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 保護者氏名          |                 |                   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 子ども氏名          |                 |                   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                | 男 ・ 女           | 才 ヶ月              |   |   |   |
| 主治医                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 病院名            |                 |                   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 電話             |                 |                   |   |   |   |
| 病名(または症状)                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                |                 |                   |   |   |   |
| ①持参した薬は 年 月 日に処方された 日分のうちの本日分<br>②保管は、 室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他( )<br>③薬の剤型(該当するものに○)<br>粉 ・ 液(シロップ)・外用薬・その他( )<br>④薬の内容  抗生物質咳止め・整腸剤・かぜ薬・外用薬( )<br>調剤内容( )<br>⑤使用する日時* 年 月 日から 年 月 日<br>* 食前 ・ 食後 ・ ( )時ごろ<br>*その他決まりがあれば記入( )<br>⑥外用薬などの使用法( )<br>⑦その他注意事項( )<br>⑧薬剤情報提供       あり ・ なし ※なしの場合は薬の預かりはできません |                |                 |                   |   |   |   |
| 施設<br>記載                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 月 日( )<br>受領者印 | 保管場所( )<br>保管者印 | 投与時間( : )<br>投与者印 |   |   |   |

☆与薬が必要な期間中は毎回ご提出ください。

| 与薬依頼書                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                |                 |                   | 年 | 月 | 日 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------|-------------------|---|---|---|
| 依頼先                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 施設名            |                 |                   |   |   |   |
| 依頼者                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 保護者氏名          |                 |                   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 子ども氏名          |                 |                   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                | 男 ・ 女           | 才 ヶ月              |   |   |   |
| 主治医                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 病院名            |                 |                   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 電話             |                 |                   |   |   |   |
| 病名(または症状)                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                |                 |                   |   |   |   |
| ①持参した薬は 年 月 日に処方された 日分のうちの本日分<br>②保管は、 室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他( )<br>③薬の剤型(該当するものに○)<br>粉 ・ 液(シロップ)・外用薬・その他( )<br>④薬の内容  抗生物質咳止め・整腸剤・かぜ薬・外用薬・( )<br>調剤内容( )<br>⑤使用する日時* 年 月 日から 年 月 日<br>* 食前 ・ 食後 ・ ( )時ごろ<br>*その他決まりがあれば記入( )<br>⑥外用薬などの使用法( )<br>⑦その他注意事項( )<br>⑧薬剤情報提供       あり ・ なし ※なしの場合は薬の預かりはできません |                |                 |                   |   |   |   |
| 施設<br>記載                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 月 日( )<br>受領者印 | 保管場所( )<br>保管者印 | 投与時間( : )<br>投与者印 |   |   |   |