与薬依頼書

別紙の薬剤情報提供書、またはお薬手帳の控えの通り、保護者に代わって与薬をお願いします。

児童名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

依頼者保護者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

年　　月　　日

種類：　〇飲み薬　　・粉薬　　包
　　・シロップ（一回分）　　つ
　　〇塗り薬（全身・頭・首・耳・顔・上肢・胸・背部・下肢）
　　〇点（眼・耳・鼻）薬
時間：　食前・食後
飲ませ方：
※薬の袋には必ず記名お願いします。
※シロップは冷蔵保存となりますが、他は基本常温での保管となります。
その他：

受領者サイン ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

投与時刻　　時　　分与薬者サイン ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

----------切　り　取　り　線----------

～保護者様～

受領者サイン ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

投与時刻　　時　　分　与薬者サイン ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿