

与薬依頼書（慢性疾患用）

依頼日：平成 年 月 日

組 子ども氏名	
保護者氏名 印 連絡先 TEL	
主治医 医療機関名 TEL	
病名（又は症状）	
内服薬 (該当に○)	1. 【与薬時間】 食前・食間・食後 【種類】 粉・液(シロップ) 2. 【与薬時間】 食前・食間・食後 【種類】 粉・液(シロップ)
塗り薬	1. 【回数】 回（時間： ） 【患部】 2. 【回数】 回（時間： ） 【患部】
点眼薬	1. 【回数】 回（時間： ） 【患部】 左目 右目 2. 【回数】 回（時間： ） 【患部】 左目 右目
与薬期間	月 日 ～ 月 日 園使用欄：
備考	

与薬依頼書（慢性疾患用）

依頼日：平成 年 月 日

組 子ども氏名	
保護者氏名 印 連絡先 TEL	
主治医 医療機関名 TEL	
病名（又は症状）	
内服薬 (該当に○)	1. 【与薬時間】 食前・食間・食後 【種類】 粉・液(シロップ) 2. 【与薬時間】 食前・食間・食後 【種類】 粉・液(シロップ)
塗り薬	1. 【回数】 回（時間： ） 【患部】 2. 【回数】 回（時間： ） 【患部】
点眼薬	1. 【回数】 回（時間： ） 【患部】 左目 右目 2. 【回数】 回（時間： ） 【患部】 左目 右目
与薬期間	月 日 ～ 月 日 園使用欄：
備考	