

与薬依頼書（慢性疾患用）

依頼日： 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： 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 | |