

与薬依頼書

依頼日 令和 年 月 日

児名	保護者名 印	
	緊急時の連絡先① 父・母 () 勤務先・携帯・その他 ② 父・母 () 勤務先・携帯・その他	
処方した医療機関名	TEL () (担当医師名)	
病名又は症状		
処方日	月 日	日分
使用日	月 日	～ 月 日
昼食前	時	水 ・ 粉 () ・ 塗 ()
昼食後	時	水 ・ 粉 () ・ 塗 ()
3時おやつ前	時	水 ・ 粉 () ・ 塗 ()
3時おやつ後	時	水 ・ 粉 () ・ 塗 ()
	時	水 ・ 粉 () ・ 塗 ()
投与看護師	印	

- ・ 医療関係からの処方であること。保護者の判断で持参した薬は対応できません。
- ・ 依頼するにあたり依頼書に漏れなく記入し、薬剤情報提供書を必ず添付し、1回分のみ持たせてください。