

与薬依頼書

令和 年 月 日

佐保山こども園 園長 様

医師の診断を受けましたところ、下記の通り
指示がありましたのでお願い致します。

記

クラス名 _____

園児名		保護者名	
病院名	医院（病院） 受信日 月 日		
病名	風邪 ・ 咳 ・ 下痢 ・ 中耳炎 その他（ ）		
与薬日	月 日（ ）～ 月 日（ ）		
薬の種類	粉薬（ ）種類・水薬（ ）種類 ぬり薬（ ）種類・その他（ ）		
与薬方法	食前 ・ 食後 ・ 食間 その他（ ）		
継続投薬に ついて (1ヵ月以内)	1期継続	月 日～	日間
	2期継続	月 日～	日間
	3期継続	月 日～	日間
備考			

受取者名

※同一薬のみ与薬依頼書（継続）可能となります。
※上記枠内に記入して下さい。

令和 年 月 日

	1()	2()	3()	4()	5()	6()	7()
受取人 与薬者							
	8()	9()	10()	11()	12()	13()	14()
受取人 与薬者							
	15()	16()	17()	18()	19()	20()	21()
受取人 与薬者							
	22()	23()	24()	25()	26()	27()	28()
受取人 与薬者							
	29()	30()	31()				
受取人 与薬者							
	月						
	1()	2()	3()	4()	5()	6()	7()
受取人 与薬者							
受取人 与薬者							
備考							