

与薬依頼書

令和 年 月 日
佐保川こども園 園長 様

医師の診断を受けましたところ、下記のとお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）受診日 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カ月以内)	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	
------	--

※ 同一薬にのみ投薬依頼書（継続）可能となります。
※ 太枠内のみ記入して下さい。

R 年 月 日

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