

くすり依頼書

医師の診察を受けたところ、下記の通り指示がありましたので
 お願いします。

保護者名

与薬日 年 月 日（ 曜日）

組 名前（フルネーム）

病 院 名	病院（医院）
電 話 番 号	（ ） ー

薬 の 用 途 （病名又は病状）	かぜ 咳 中耳炎 その他（ ）
------------------------------	---

診察を受けた日	月 日
---------	--------------------------

く す り の 種 類 等	の み 薬	粉薬（ 包） 水薬（ 種類） 食前 食後 その他（ ）
	目 薬	（ 種類） 左眼 ・右眼 ・両眼 午前 （ 回） 午後 （ 回） （ ）
	ぬ り 薬	（ 種類） 塗る場所（ ） （ ） の後 （ 回）
	そ の 他	

気をつけること

保育園記載

受付者

与薬時間

時 分

与薬者