

薬の依頼書（長期投与のお薬用）

令和 年 月 日

たちばな幼稚園

医師の診断を受けたところ、下記のとおり指示がありましたのでお願いします。

記

クラス名・氏名	保護者名
病院名	病院（医院） ☎
病名	
薬の名前	
薬の種類	塗り薬・その他（ ）
保管	常温 ・ 冷蔵庫
与薬の方法	食前・食間・食後・その他具体的な時間等（ ）
1回分の用量	
備考その他 特記事項	

■投薬日時・与薬者名（処方日または職員受取日 令和 年 月 日） 受け取り者：

令和 年 月 日	：	与薬者	令和 年 月 日	：	与薬者
年 月 日	：	与薬者	年 月 日	：	与薬者
年 月 日	：	与薬者	年 月 日	：	与薬者
年 月 日	：	与薬者	年 月 日	：	与薬者
年 月 日	：	与薬者	年 月 日	：	与薬者
年 月 日	：	与薬者	年 月 日	：	与薬者
年 月 日	：	与薬者	年 月 日	：	与薬者
年 月 日	：	与薬者	年 月 日	：	与薬者
年 月 日	：	与薬者	年 月 日	：	与薬者
年 月 日	：	与薬者	年 月 日	：	与薬者
年 月 日	：	与薬者	年 月 日	：	与薬者