

与藥依頼書

保護者記載欄	
子どもの名前	保護者名（自署でお願いします）
医療機関名 _____ 医師名 _____ 先生 （緊急時に連絡が取れるように記載してください。 電話：_____）	
病名または症状 	
与薬を依頼する薬の種類と数 粉　　薬： （　　月　　日～　　月　　日） _____種 シロップ： _____種 （保管は　室温・冷蔵　） 外　用　薬： _____種	
外用薬の用法 	
その他の注意事項 	

※処方内容に変更がなければ、与薬依頼書の有効期限は原則として処方日から7日以内です。
※処方内容に変更があれば、新規の与薬依頼書をご提出ください。

《園記入欄》

投 薬 日 時						
印						