与 薬 依 頼 書（慢性疾患用）

依頼日　　年　　月　　日（　　）

組	児童名	保護者氏名

処方を受けた医療機関名		医療機関の電話番号	
病　名	主な症状（　　）		
内服薬	①粉　水　錠剤（食前　食後　その他　）②粉　水　錠剤（食前　食後　その他　） ③粉　水　錠剤（食前　食後　その他　）④粉　水　錠剤（食前　食後　その他　） ※乳児の場合は、おおよその時間をその他に記入して下さい。		
外用薬（軟膏薬）	患部　　時間		
点眼薬	①回数　　回　時間 患部　（右目・左目） ②回数　　回　時間 患部　（右目・左目）		
連絡先		備考	
与薬期間			

1　薬の袋や容器に、クラス名、氏名、服用時間を記入してください。

2　薬が複数の場合には、それぞれの薬に①②③…と記入してください。

園児名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

与薬依頼日	受理者	与薬者	与薬依頼日	受理者	与薬者
月　　日			月　　日		
月　　日			月　　日		
月　　日			月　　日		
月　　日			月　　日		
月　　日			月　　日		
月　　日			月　　日		
月　　日			月　　日		
月　　日			月　　日		
月　　日			月　　日		
月　　日			月　　日		
月　　日			月　　日		
月　　日			月　　日		