与 薬 依 頼 票

保護者記載欄

太線枠にご記入ください。

医療機関所在地	保護者名(自署でお願いします。)

医療機関名、医師名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 病・医院 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 先生

(緊急時に連絡がとれるように記載してください。) TEL ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

病名または症状

与薬を依頼するくすりの種類と数

	(　月　日)	(　月　日)	(　月　日)
粉　薬：	＿＿＿＿＿＿ 種 →	＿＿＿＿＿＿ 種 →	＿＿＿＿＿＿ 種
シロップ：	＿＿＿＿＿＿ 種 →	＿＿＿＿＿＿ 種 →	＿＿＿＿＿＿ 種
(保管は　室温・冷蔵)			
外用剤：	＿＿＿＿＿＿ 種 →	＿＿＿＿＿＿ 種 →	＿＿＿＿＿＿ 種

外用剤の使用法

その他の注意事項

※処方内容に変更がなければ、与薬依頼票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、新規の与薬依頼票をご提出ください。

与 薬 記 録 書

保育所記載欄

月日	受領者サイン	投与時間	投与者サイン
月　日		時　分	
月　日		時　分	
月　日		時　分	
月　日		時　分	
月　日		時　分	
月　日		時　分	