

# 与薬依頼書

令和 年 月 日

依頼者(保護者)

氏名

医師の診察を受けたところ、下記のとおり指示がありましたので、保護者に代わって与薬をお願いします。

児童名		年齢	歳	ヶ月
病名				
病院名		電話番号		
病院での処方日	令和 年 月 日			
与薬の内容 (○印で囲むか記入)	・抗生剤 ・下痢止め ・せき止め	・解熱剤 ・外用薬(塗り薬・点眼) ・その他( )	・座薬	
与薬方法	昼食前・昼食後 指定時間・その他( )			
注意事項	次の事項を必ず守ってください 1 医療機関からの処方であること。保護者の判断で持参された薬は対応できません (お薬の説明書または、お薬手帳を持参・添付してください) 2 薬の容器には名前を書き、1回分を持参してください 3 市販のお薬はお預かりできません			
受領者サイン:				与薬者サイン: