

1日分

# 与薬依頼書

年 月 日

依頼者

住所

氏名

医師の診察を受け、昼に与薬の必要があると指示がありましたので、  
下記の通り、与薬をお願いします。

## 記

児童名・生年月日	平成 年 月 日生					
緊急連絡先	会社名・Tel					
病院名						
病名						
薬の用途						
薬の種類・方法	食前		食後		おやつ後	
	分		分		分	
	粉	錠剤	液	点眼	塗り	その他
	袋	錠		右眼・左眼	部位	回
与薬期日	年 月 日 ( )					
備考						

1. 保育園での与薬を依頼する場合は、1日1回分を御用意下さい。
2. 継続して与薬が必要な場合は申し出て下さい。

受取印	与薬印	与薬後確認サイン