

与薬依頼票

依頼日 令和 年 月 日

依頼者	保護者氏名	連絡先
	こども氏名	(クラス)

病名または症状	
保管方法	室温・冷蔵庫・その他 ()
薬の種類	・塗り薬・点眼薬・エピペン・粉末・シロップ・錠剤 その他 ()
使用部位 (塗り薬・点眼薬 などの場合)	
使用する時間	食前 食後 その他 ()
使用法	
薬剤情報	<input type="checkbox"/> 薬剤情報提供書の添付 (処方された際に渡される薬の情報提供書をコピーし、 一緒に提出してください)