

与薬依頼書(慢性疾患用)

依賴年月日 年 月 日

組	児童名	保護者名
---	-----	------

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）		
外 用 薬 (軟膏薬)	患部 時間		
点 眼 薬	①回数 患部	回 時間 (右目・左目)	②回数 患部 (右目・左目)
今回の薬を 与える期間		備 考	

※下記の与薬依頼日・連絡先は毎日記入してください。

兒童名 _____

[illegible]