

薬剤依頼表

※太枠内を記入してください 西暦 年 月 日

依頼者 保護者氏名
園児・クラス 氏名
主治医 電話 (病院・医院) FAX
病名 (または、症状)
①処方日 年 月 日、() 日分の本日分です。
②保管方法 室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他 ()
③薬の剤型・種類 粉 ()・液<シロップ> () 外用薬 ()・その他
④薬の内容 (該当するものに○) 抗生物質・解熱剤・咳どめ・かぜ薬・外用薬 ()
⑤使用する日時 年 月 日～ 月 日 *午前・午後 時 分 *食事の 分前・ 分後
⑥外用薬などの使用法
⑦その他の注意事項
受領者サイン
保管時サイン 年 月 日 時 分
投薬者サイン 投薬時刻 月 日 午前・午後 時 分
実施状況など

薬剤依頼表

※太枠内を記入してください 西暦 年 月 日

依頼者 保護者氏名
園児・クラス 氏名
主治医 電話 (病院・医院) FAX
病名 (または、症状)
①処方日 年 月 日、() 日分の本日分です。
②保管方法 室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他 ()
③薬の剤型・種類 粉 ()・液<シロップ> () 外用薬 ()・その他
④薬の内容 (該当するものに○) 抗生物質・解熱剤・咳どめ・かぜ薬・外用薬 ()
⑤使用する日時 年 月 日～ 月 日 *午前・午後 時 分 *食事の 分前・ 分後
⑥外用薬などの使用法
⑦その他の注意事項
受領者サイン
保管時サイン 年 月 日 時 分
投薬者サイン 投薬時刻 月 日 午前・午後 時 分
実施状況など