与薬依頼書

受取日	受取職員名

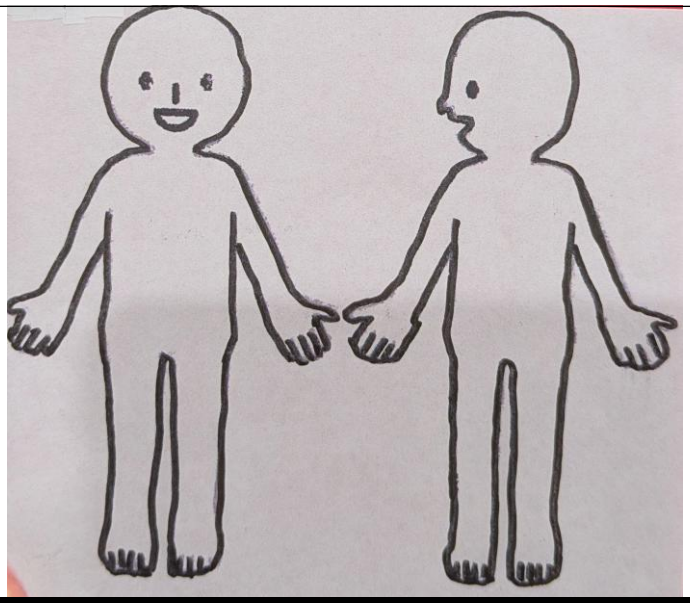
保護者の方へ

※　お薬、与薬依頼書などの書類は、必ず職員に手渡しでお願いします

※　内服薬は必ず　使用する分のみ　持たせて下さい

※　薬剤情報提供書のコピーかお薬手帳のコピーを一緒に提出お願いします

※　開封から28日を過ぎた点眼薬は使用期限を超えているためお預かりできません

※　1週間以上軟膏を使用する場合は、この用紙の有効期限は一か月です

組・氏名	_____組、氏名：_____
与薬をする期間	月　日　昼食前　昼食後　その他(　　)　～　月　日　昼食前　昼食後　その他(　　)
与薬を行う理由・症状	咳　鼻水　鼻づまり　下痢　皮膚の乾燥 その他(　　)
薬の種類	粉薬　____袋　シロップ____個　その他(　　)
塗り薬・点眼等の位置を下図にお知らせください