与薬依頼票

保護者記載欄

太線枠にご記入下さい

子どもの名前　　保護者名（自署でお願いします）

医療機関名・医師名　　病・医院　　先生

（緊急時に連絡がとれるように記載してください）　TEL

病名または症状

与薬を依頼するくすりの種類と数

	（　月　日）		（　月　日）		（　月　日）
粉　薬	種	→	種	→	種
シロップ（保管は　室温・冷蔵）	種	→	種	→	種
外用剤	種	→	種	→	種

外用剤の使用法

その他の注意事項

※処方内容に変更がなければ、与薬依頼票の有効期限は原則として処方日から７日以内です。
※処方内容に変更があれば、新規の与薬依頼票をご提出ください。

与薬記録書

こども園記載欄

月　日	受領者サイン	投与時間	投与者サイン