

くすり依頼書

医師の診察を受けたところ、下記の通り指示がありましたので お願いします。		
保護者名		
与薬日 年 月 日 ( 曜日)		
組 名前 (フルネーム)		
病 院 名	病院 (医院)	
電 話 番 号	( ) -	
薬 の 用 途 (病名又は病状)	かぜ 咳 中耳炎 その他 ( )	
診察を受けた日	月 日	
く す り の 種 類 等	の み 薬	粉薬 ( 包) 水薬 ( 種類) 食前 食後 その他 ( )
	目 薬	( 種類) 左眼 ・右眼 ・両眼 午前 ( 回) 午後 ( 回) ( )
	ぬ り 薬	( 種類) 塗る場所 ( ) ( ) の後 ( 回)
	そ の 他	
気をつけること		
保育園記載	受付者	与薬時間 時 分
		与薬者

くすり依頼書

医師の診察を受けたところ、下記の通り指示がありましたので お願いします。		
保護者名		
与薬日 年 月 日 ( 曜日)		
組 名前 (フルネーム)		
病 院 名	病院 (医院)	
電 話 番 号	( ) -	
薬 の 用 途 (病名又は病状)	かぜ 咳 中耳炎 その他 ( )	
診察を受けた日	月 日	
く す り の 種 類 等	の み 薬	粉薬 ( 包) 水薬 ( 種類) 食前 食後 その他 ( )
	目 薬	( 種類) 左眼 ・右眼 ・両眼 午前 ( 回) 午後 ( 回) ( )
	ぬ り 薬	( 種類) 塗る場所 ( ) ( ) の後 ( 回)
	そ の 他	
気をつけること		
保育園記載	受付者	与薬時間 時 分
		与薬者