

お薬依頼書

下記のように与薬を依頼します。

平成29年 4月 1日

保護者氏名 曙 花子



1日1回分のみ!

園児氏名	曙 太郎 (あけぼの 組)				
与薬の日時	4月 1日 13時頃 食前 ・ 食後 ・ 特に指示なし その他 ()				
薬の形状	粉薬 ・ 水薬 ・ 外用薬				
使用方法	服用 ・ 塗り薬 ・ 点鼻薬 ・ 点眼薬 ・ 貼り薬				
薬の処方日	平成29年 3月 29日処方 (医療機関名) あけぼのクリニック				
具体的な使用方法や使用量	*塗り薬は、塗る部位と量、その他塗布するときの注意を記入する。 *点鼻薬、点眼薬は 1 回の使用量を記入、複数回の使用が必要な場合は時間も記入する。 粉薬を直接口の中に入れて、水で飲ませてください。				
不明な点があった時の連絡先	電話番号 090-0000-△△△△				
受付者	記入不要	与薬者	記入不要	与薬時間	記入不要

社会福祉法人 栗の実 あけぼの保育園

キリトリセン

ご依頼の通り、与薬致しました。

園児氏名	記入不要 (記入不要 組)
------	----------------

受付日	受付者	与薬者	与薬時間
記入不要 年 月 日	記入不要印	記入不要印	記入不要