

# くすり依頼書

年 月 日記入

( )組 名前( )

主治医	病院・医院
病名(または症状)	
◎薬が処方された日 ( 年 月 日)	
◎薬の保管は 室温・冷蔵庫・その他( )	
◎薬の剤型(該当するものに○と数量) 粉 ケ・液(シロップ) 個・外用薬・その他( )	
◎薬の内容 (該当するものに○) 抗生物質・咳止め・下痢止め・かぜ薬・整腸剤・外用薬 その他( )	
◎使用する時間 給食前( 分)・給食後( 分)・時間指定( 時)・その他( ) 上記の通りお願いします。 記入者名( ) 本日の連絡先 自宅・職場・その他( )	

月日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
受領者 サイン						
投与者 サイン	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分
保護者 確認サイン						

◎この用紙は毎日薬と一緒に提出してください。  
◎薬には名前を書き、一回分を持ってきてください。

# くすり依頼書

年 月 日記入

( )組 名前( )

主治医	病院・医院
病名(または症状)	
◎薬が処方された日 ( 年 月 日)	
◎薬の保管は 室温・冷蔵庫・その他( )	
◎薬の剤型(該当するものに○と数量) 粉 ケ・液(シロップ) 個・外用薬・その他( )	
◎薬の内容 (該当するものに○) 抗生物質・咳止め・下痢止め・かぜ薬・整腸剤・外用薬 その他( )	
◎使用する時間 給食前( 分)・給食後( 分)・時間指定( 時)・その他( ) 上記の通りお願いします。 記入者名( ) 本日の連絡先 自宅・職場・その他( )	

月日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
受領者 サイン						
投与者 サイン	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分
保護者 確認サイン						

◎この用紙は毎日薬と一緒に提出してください。  
◎薬には名前を書き、一回分を持ってきてください。