与　薬　依　頼　書

別紙の診療情報提供書・お薬手帳の通り、保護者に代わって与薬をお願いいたします。

児童氏名		**依頼者 保護者氏名**	
日付	令和　　年　　月　　日		

与薬内容　※合剤の場合は、番号に〇をつけてください

番号	処方薬名	1回量	容量	用法
1		g / mg	1回　包 1回　個	到着次第 ・ 昼前 ・ 昼後 （　　）
2		g / mg	1回　包 1回　個	到着次第 ・ 昼前 ・ 昼後 （　　）
3		g / mg	1回　包 1回　個	到着次第 ・ 昼前 ・ 昼後 （　　）
4		g / mg	1回　包 1回　個	到着次第 ・ 昼前 ・ 昼後 （　　）
5		g / mg	1回　包 1回　個	到着次第 ・ 昼前 ・ 昼後 （　　）

その他

吸　引	鼻 腔 吸 引	要・不要	昼食前　・　おやつ前　・　鼻汁が多い時に適宜	
貼付剤	ホクナリンテープ　/　ツロブテロール		mg	身体の「　　」に貼付中

※以下は病児保育室で記載します

受取確認	上記　記載の薬（日生薬局　配達含む）	座薬　　個

番号	実施時間	番号	実施時間
吸引			

受領者名		与薬投与者名	