

与薬依頼書

医療法人 清信会
キッズケアにじいろ 宛

依頼日：令和 年 月 日

利用児氏名 _____

保護者氏名 _____

医師により下記の指示・処方を受けましたので、与薬について下記の通り依頼します

与薬を指示された医療機関名 _____

処方日 _____

処方内容	①	②	③
剤形	粉・シロップ・錠剤・ 外用薬（ ）	粉・シロップ・錠剤・ 外用薬（ ）	粉・シロップ・錠剤・ 外用薬（ ）
与薬時間	食前・ 食後 時頃 頓服薬（ ）	食前・ 食後 時頃 頓服薬（ ）	食前・ 食後 時頃 頓服薬（ ）
保存方法	常温・冷蔵庫 その他（ ）	常温・冷蔵庫 その他（ ）	常温・冷蔵庫 その他（ ）
その他			

月日	/	/	/	/	/	/
保護者名						
受領者名						
与薬者名						
与薬時間						

*与薬依頼書に記入されたお薬のみお預かりします

*市販薬はお預かりできません

*与薬依頼書と一緒に薬手帳を必ず持参してください

*他院処方薬は、お薬手帳の持参がないとお預かりできません

*シロップ薬は、1 回分のみを容器に入れて、必ず名前を書いてお持ちください