

与薬依頼書

エンジェルガーデン

平成 年 月 日

<依頼者> 児童氏名 : 男・女 歳 ヲ月 保護者氏名 : 連絡先 :	
<病名> () かかりつけ医 : () 連絡先 :	
<持参した薬> 薬品名 1) (,) 2) (,) 3) (,)	<用法・用量：1回量を記載>
<薬品の形状> ①液体・シロップ ②粉末 ③錠剤 ④坐薬 ⑤外用薬 ⑥その他 ()	
*自宅での使用について (自宅でのくすりの飲ませ方・使い方を教えてください)	
*入室前のくすり使用時間について : 月 日 時 分	
*保管の仕方	
<その他の注意事項・伝えたいこと>	

*与薬についての問い合わせをしても良いかどうかお知らせください。 可 ・ 不可
(可 の場合 : 連絡先 Tel)