

与薬依頼票

保護者記載欄	太線枠にご記入ください
子どもの名前	保護者名 (自署でお願いします)
医療機関名, 医師名 _____ 病・医院 _____ 先生 (緊急時に連絡がとれるように記載してください) TEL: _____	
病名または症状	
与薬を依頼するくすりの種類と数 (月 日) (月 日) (月 日)	
粉 薬: _____種 → _____種 → _____種 シロップ: _____種 → _____種 → _____種 (保管は 室温 ・ 冷蔵)	
外用剤: _____種 → _____種 → _____種	
外用剤の使用法	
その他の注意事項	

※処方内容に変更がなければ、与薬依頼票の有効期限は原則として処方日から7日以内です。

※処方内容に変更があれば、新規の与薬以来票をご提出ください。

