与薬依頼票

★お子様の氏名	★保護者名

●医療機関名	●医師名
病院・医院	先生
（TEL）　　－　　－	※緊急時に連絡が取れるように必ず記入して下さい。

●病名または症状

●与薬を依頼する「くすり」の種類と数（同じ処方で数などが変更の場合は随時記入ください。

月　　日（　）	月　　日（　）	月　　日（　）
粉薬　［　　種］	粉薬　［　　種］	粉薬　［　　種］
シロップ　［　　種］ （室温保存・冷蔵保存）	シロップ　［　　種］ （室温保存・冷蔵保存）	シロップ　［　　種］ （室温保存・冷蔵保存）
外用剤　［　　種］	外用剤　［　　種］	外用剤　［　　種］

●外用剤の使用方法

●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、新規の与薬依頼票をご提出下さい。

与薬記録書

●預かり日	受領職員サイン	数	●投与時間	投与職員サイン	数
月　　日					
月　　日					
月　　日					
月　　日					
月　　日					
月　　日					
月　　日					