

与薬依頼票

*薬は1回分だけ名前・日付を記入し、
投薬情報書、与薬依頼票、薬は必ず職員へ手渡して下さい。

●児童名	●保護者氏名
●医療機関名	●医師名
(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「薬」の種類と数（同じ処方箋で数などが変更の場合は随時記入下さい。）	
月 日（ ）	月 日（ ）
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）
外用剤【 種】	外用剤【 種】
●外用剤の使用方法	
●その他の注意事項	

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			:		

※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。

変更がある場合、新規の与薬依頼票をご提出下さい。