

年 月 日

おくすり依頼書

お子様氏名 _____

保護者氏名 _____

※太枠内をお書き下さい

病院名	Tel () -
主治医名	
病名または症状	
薬品名	
お薬について	年 月 日に処方された 日分うちの本日分
お薬の剤型	粉 液 (シロップ) 外用薬 その他 (
保管方法	常温 冷蔵庫 その他 (
お薬の内容	風邪薬 咳止め 整腸剤 抗生剤 ぬり薬 点眼薬 下痢止め その他 (
与薬時間	食前 食後 その他 (
粉の場合の飲み方	粉のまま ごく少量の水で練ってスプーンで 多めの水で溶いてコップで
お薬を嫌がりますか？	はい いいえ その他 (
ひとりで飲めますか？	全て一人でできる 袋を開けてあげれば自分で飲める 全て手伝いが必要 その他 (
外用薬の使用法	
本日の緊急連絡先	
その他注意事項	

※病院で処方されたもの以外はお預かりできません。

※必ず処方箋 (コピー可) を一緒にお渡し下さい。処方箋は確認後お返しします。

スクール使用欄

受取者サイン	保管者サイン
与薬者サイン	与薬時刻 時 分

※返却が必要な薬品の場合

返却時保護者サイン _____