

ソラスト中村橋病後児保育室 与薬依頼書		児童名	
病名		症状	
病院名		薬品名	
薬剤型	粉末 ・ シロップ ・ 塗り薬 ・ 点眼 ・ その他（ ）		
薬の内容	咳止め ・ 整腸剤 ・ 抗生物質 ・ ダイアアップ ・ その他（ ）		
処方日数	日間（ 年 月 日 ～ 年 月 日）		
使用日	西暦 年 月 日	★薬剤情報提供書	預（○印）
服用のタイミング	食前 ・ 食後 ・ その他（ ）		
外用薬の使用法	・塗布する部位（ ）		
備考			

ソラスト中村橋病後児保育室 記入欄

★受取日★	★受取者★	★与薬時間★	★与薬者★
西暦 年 月 日		時 分	
連絡事項			

※本書類は登園の際に担当にお渡しください。
 ※原則、1回服用分のみお預かり致します。
 ※薬剤情報提供書（カラー版）と一緒に本書類を提出してください。

170501

ソラスト中村橋病後児保育室 与薬依頼書		児童名	
病名		症状	
病院名		薬品名	
薬剤型	粉末 ・ シロップ ・ 塗り薬 ・ 点眼 ・ その他（ ）		
薬の内容	咳止め ・ 整腸剤 ・ 抗生物質 ・ ダイアアップ ・ その他（ ）		
処方日数	日間（ 年 月 日 ～ 年 月 日）		
使用日	西暦 年 月 日	★薬剤情報提供書	預（○印）
服用のタイミング	食前 ・ 食後 ・ その他（ ）		
外用薬の使用法	・塗布する部位（ ）		
備考			

ソラスト中村橋病後児保育室 記入欄

★受取日★	★受取者★	★与薬時間★	★与薬者★
年 月 日		時 分	
連絡事項			

※本書類は登園の際に担当にお渡しください。
 ※原則、1回服用分のみお預かり致します。
 ※薬剤情報提供書（カラー版）と一緒に本書類を提出してください。

17501