

ソラスト中村橋病児・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			
ソラスト中村橋病児・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。

170401

ソラスト中村橋病児・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			
ソラスト中村橋病児・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。

170401