

# お薬依頼書

与薬依頼日 月 日

クラス名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

病名(症状) \_\_\_\_\_

内 容	抗生剤 下痢止め 咳止め その他 ( )
種 類	内服薬 水薬(シロップ) 散剤 外用薬 軟膏(塗布部位 ) 点眼(右目・左目・両目) その他 ( )
与薬時間	昼食前 昼食後 その他 ( )
処方医療機関名 _____	
TEL _____	
担当医師名 _____	

受領者 サイン	与薬者 サイン	与薬 時間

※職員記入欄

※薬剤情報提供書及びお薬手帳のコピーをお持ちの方は、添えて提出ください。その場合は、薬の内容の記入の必要はありません。

株式会社リトル学園・社会福祉法人 藤照会