

与薬依頼票

依頼日 令和 年 月 日

依頼者	保護者氏名	連絡先
	こども氏名	(クラス)

病名または症状	
保管方法	室温・冷蔵庫・その他 ()
薬の種類	・塗り薬 ・点眼薬 ・粉末・ シロップ・ 錠剤 ・エピペン その他 ()
使用法	
時間	食前 食後 その他 ()

薬剤情報提供書（処方された際に渡される薬の情報提供書）
をコピーし、一緒に提出してください。