

薬使用依頼書

平成 年 月 日

依頼者	(組) 名前 _____ 保護者名 _____					
主治医	小児科 ()	耳鼻科	皮膚科 ()	眼科 ()	() 科 () 病院・医院 主治医名 ()	
病名	風邪 アレルギー	中耳炎 とびひ	蓄膿 その他 ()	喘息	アトピー	けが
薬の内容	抗生物質 整腸剤 皮膚かぶれ	咳止め 下痢止め 虫除け	風邪 下剤 虫刺され	痛み止め 保湿剤 喘息予防薬	かゆみ止め アレルギー発作予防薬 その他 ()	熱さまし 目薬
薬の剤型	粉 シロップ	錠剤	外用薬	その他 ()		
使用時間	昼食前 その他 ()	昼食後	午前・午後	時 分		
使用方法 注意事項						

薬使用依頼書

平成 年 月 日

依頼者	(組) 名前 _____ 保護者名 _____					
主治医	小児科 ()	耳鼻科	皮膚科 ()	眼科 ()	() 科 () 病院・医院 主治医名 ()	
病名	風邪 アレルギー	中耳炎 とびひ	蓄膿 その他 ()	喘息	アトピー	けが
薬の内容	抗生物質 整腸剤 皮膚かぶれ	咳止め 下痢止め 虫除け	風邪 下剤 虫刺され	痛み止め 保湿剤 喘息予防薬	かゆみ止め アレルギー発作予防薬 その他 ()	熱さまし 目薬
薬の剤型	粉 シロップ	錠剤	外用薬	その他 ()		
使用時間	昼食前 その他 ()	昼食後	午前・午後	時 分		
使用方法 注意事項						