

投薬依頼書

保護者に代わって下記のとおり投薬をお願いします。

平成 年 月 日

お子さんのお名前: _____

利用会員様氏名: _____ 印 _____

薬の名前	形状	1回量
()	粉・水・錠・塗	()包、ml、目盛、錠
()	粉・水・錠・塗	()包、ml、目盛、錠
()	粉・水・錠・塗	()包、ml、目盛、錠
()	粉・水・錠・塗	()包、ml、目盛、錠

投薬方法: 食前 ・ 食後

指定時間: 以上の薬を _____ 時に服用(塗布)させる

*ご自宅にある薬の投薬依頼書です。

(医師から処方された薬のみ。市販薬は不可です)

*常用薬がある場合は、必ず、今回処方されたものと常用薬を併用して良いか医師に確認してください。