

投薬依頼書② (塗り薬・目薬)

| | | | | |
|------|----|---|---|------|
| 投薬期間 | 開始 | 年 | 月 | 日() |
| | 終了 | 年 | 月 | 日() |
| 保護者名 | | | | |
| お子様名 | | | | |

| | |
|--------|--|
| 病院名 | |
| 病院電話番号 | |

| | | | | |
|------------------|------|-------|------|------|
| 病名 | | | | |
| 薬の種類 | 塗り薬① | 点眼薬1① | 塗り薬② | 点眼薬② |
| 投薬時間 投薬のタイミング | | | | |
| 注意事項など | | | | |

| 月 | 日(月) | 日(火) | 日(水) | 日(木) | 日(金) | 日(土) |
|-----|------|------|------|------|------|------|
| 受付者 | | | | | | |
| 投薬者 | | | | | | |

(注)薬の容器に氏名・薬の名前を書いて下さい。
 薬はジップロックに入れてきてください。
 市販薬については受付できません。
投薬が続く場合は1週間ごと依頼書を書き直してください。

投薬依頼書② (塗り薬・目薬)

| | | | | |
|------|----|---|---|------|
| 投薬期間 | 開始 | 年 | 月 | 日() |
| | 終了 | 年 | 月 | 日() |
| 保護者名 | | | | |
| お子様名 | | | | |

| | |
|--------|--|
| 病院名 | |
| 病院電話番号 | |

| | | | | |
|------------------|------|-------|------|------|
| 病名 | | | | |
| 薬の種類 | 塗り薬① | 点眼薬1① | 塗り薬② | 点眼薬② |
| 投薬時間 投薬のタイミング | | | | |
| 注意事項など | | | | |

| 月 | 日(月) | 日(火) | 日(水) | 日(木) | 日(金) | 日(土) |
|-----|------|------|------|------|------|------|
| 受付者 | | | | | | |
| 投薬者 | | | | | | |

(注)薬の容器に氏名・薬の名前を書いて下さい。
 薬はジップロックに入れてきてください。
 市販薬については受付できません。
投薬が続く場合は1週間ごと依頼書を書き直してください。