

# 〈 医師与薬依頼書 〉

年 月 日

学校法人正良学園アポロンの丘 園長様

園 児 名	
病 名	
受 診 日	年 月 日
与 薬 期 間	年 月 日 ~ 平成 年 月 日
与 薬 時 間	・食前 ・食後 ・その他
与 薬 の 種 類	・粉 ・水薬 (シロップ) ・錠剤 ・軟膏 ・点眼 ・点鼻 ・その他
与 薬 方 法	
薬 の 管 理 方 法	・室温 ・冷蔵庫 ・その他

病 院 名

担 当 医 師 名

印

電 話 番 号

## ★与薬についての注意事項★

- ・薬は医師の指示による薬剤であること（一般販売薬はお受けできません）
- ・薬は一回分を薬袋又は医師の指示ラベルの付いた容器に入れて下さい