

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。

年 月 日

おねがい会員の子ども _____

おねがい会員名 _____

投薬方法 食前 ・ 食後

指定時間 (時間毎)

投薬の量

※ 医療機関で処方された薬に限ります。

※ 薬局で渡された「薬情報」を添えてください。
