

依頼先			
依頼者	保護者氏名	⑩	
	子ども氏名		
	連絡先		
主治医	医師名		
	医療機関		
	連絡先		
病 名			
症 状			
注意事項			
医薬品について	医薬品名		
	種 類	抗アレルギー剤、抗生物質、けいれん止め その他（ ）	
	処方日	平成      年      月      日	
	内服薬	飲む時間	食前・食後・食間（      時頃） ・その他
		種類	粉薬・シロップ・その他（      ）
		飲み方	そのまま・その他（      ）
	外用薬	使う部分	（      ）
使う時間		（      ）	
保 管	室温・冷蔵庫・その他（      ）		
その他、 注意事項		「薬剤情報提供書」添付      有      ・      無	

[illegible]