

# 与薬依頼書

お子様氏名

与薬依頼日 西暦 年 月 日 ( )

処方日 年 月 日	病院名			医師名		
薬の名前						
量	方法	部位	時間	前回投与時間	保管方法	実施者署名
包 個 ml 滴 本	経口 挿肛 塗布 点眼 吸入		昼食前 昼食後 時間( : 頃)	月 日( ) 午前 ・ 午後 時間( : 頃)	室温 冷蔵庫 遮光	
処方日 年 月 日	病院名			医師名		
薬の名前						
量	方法	部位	時間	前回投与時間	保管方法	実施者署名
包 個 ml 滴 本	経口 挿肛 塗布 点眼 吸入		昼食前 昼食後 時間( : 頃)	月 日( ) 午前 ・ 午後 時間( : 頃)	室温 冷蔵庫 遮光	

## 注意事項

- ・おくすり手帳と一緒にご提出ください。
- ・ご依頼のある日は毎回ご提出ください。
- ・薬は1回分に分けてご持参ください。塗り薬など分けられないものは、容器ごとご持参ください。
- ・お預かりできる薬は原則1回分です。  
医師の指示により、複数回分ご持参希望の場合は個別に検討いたしますのでご相談ください。
- ・今回の病気に対して処方された薬のみお預かりいたします。  
医師の指示により、以前処方された薬をご持参希望の場合は個別に検討いたしますのでご相談ください。
- ・薬、おくすり手帳、与薬依頼書は職員に直接手渡してください。
- ・市販薬や、本人への処方薬でないものはお預かりできません。
- ・与薬に関して確認事項が発生した場合、医療機関や調剤薬局等に問い合わせをいたします。  
その際、お子さんのお名前等確認に必要な個人情報を提供します。  
与薬依頼書の提出をもって、それらにご同意いただいたこととします。

注意事項に同意し、保護者の責任において津田沼中央総合病院ケアルームつくしんぼに  
以上の与薬を依頼します。

保護者署名

ケアルームつくしんぼ確認者署名

# 与薬依頼書

記入例

お子様氏名 津田沼 つくし

与薬依頼日 西暦 2025年 1月 15日 (水)

処方日 2025年 1月 14日	病院名 〇〇こどもクリニック	医師名 □□ △△
------------------------	-------------------	--------------

薬の名前

ビオフェルミン

おくすり手帳に書いて  
ある通りに記入する

量	方法	部位	時間	前回投与時間	保管方法	実施者署名
1 包 個 ml 滴 本	経口 挿肛 塗布 点眼 吸入		朝食前 朝食後 時間( : 頃)	1月15日(水) 午前・午後 時間( 7:00頃)	室温 冷蔵庫 遮光	職員 記入欄

処方日 2025年 1月 14日	病院名 〇〇こどもクリニック	医師名 □□ △△
------------------------	-------------------	--------------

薬の名前

亜鉛化軟膏

量	方法	部位	時間	前回投与時間	保管方法	実施者署名
皮膚が 見えな くなる 程度	経口 挿肛 塗布 点眼 吸入	陰部 殿部	朝食前 朝食後 時間( : 頃) うんちのおむつ 交換のたびに	1月15日(水) 午前・午後 時間( 7:30頃)	室温 冷蔵庫 遮光	職員 記入欄

## 注意事項

- ・おくすり手帳と一緒にご提出ください。
- ・ご依頼のある日は毎回ご提出ください。
- ・薬は1回分に分けてご持参ください。塗り薬など分けられないものは、容器ごとご持参ください。
- ・お預かりできる薬は原則1回分です。  
医師の指示により、複数回分ご持参希望の場合は個別に検討いたしますのでご相談ください。
- ・今回の病気に対して処方された薬のみお預かりいたします。  
医師の指示により、以前処方された薬をご持参希望の場合は個別に検討いたしますのでご相談ください。
- ・薬、おくすり手帳、与薬依頼書は職員に直接手渡してください。
- ・市販薬や、本人への処方薬でないものはお預かりできません。
- ・与薬に関して確認事項が発生した場合、医療機関や調剤薬局等に問い合わせをいたします。  
その際、お子さんのお名前等確認に必要な個人情報を提供します。  
与薬依頼書の提出をもって、それらにご同意いただいたこととします。

直筆の署名に限る。  
印字不可。

注意事項に同意し、保護者の責任において津田沼中央総合病院ケアルームつくしんぼに  
以上の与薬を依頼します。

津田沼 ケア子

保護者署名

ケアルームつくしんぼ確認者署名

職員記入欄