

薬依頼表

年 月 日

クラス		名前	
診断名及び 現在の状況			
朝の検温	時		℃
処方日	年	月	日
病院名			
薬の名前	内服薬		点眼薬・塗り薬・湿布など
	1		1
	2		2
	3		3
	4		4
	5		5
	全部で	袋	全部で
薬の効果	抗菌薬・去痰・鼻水・抗ヒスタミン・抗アレルギー 気管支拡張・咳止め・下痢止め・整腸剤・胃薬 保湿・消炎・その他（ ）		
服用時間	食前・食後・ 時頃・その他（ ）		
その他			

受付者（ ） 担当者（ ）