【お薬依頼書】

平成　年　月　日

組 名前	医療機関
病名または症状	
くすりの種類 ・粉薬（　　）袋　　・塗り薬 ・シロップ剤　　・その他　　・点眼 食前・食後 ※２種類以上ある場合は、混ぜても　可　・　不可	
期間 月　日　～　月　日 （　　日間）	
備考	

月　日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日

【お薬依頼書】

平成　年　月　日

組 名前	医療機関
病名または症状	
くすりの種類 ・粉薬（　　）袋　　・塗り薬 ・シロップ剤　　・その他　　・点眼 食前・食後 ※２種類以上ある場合は、混ぜても　可　・　不可	
期間 月　日　～　月　日 （　　日間）	
備考	

月　日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日