

クラス		おなまえ	
病院名		電話	
主治医氏名		FAX	
処方日	平成 年 月 日 に処方されました		
病名または症状			
保管方法	<input type="checkbox"/> 室温 <input type="checkbox"/> 冷蔵庫		
薬の種類	<input type="checkbox"/> 粉 (袋) <input type="checkbox"/> シロップ剤 (種類) <input type="checkbox"/> その他 ()		
飲ませ方	<input type="checkbox"/> 混ぜて可 <input type="checkbox"/> 混ぜて不可 (2種類以上ある場合)		
外用薬	<input type="checkbox"/> 部位 :		
目薬	<input type="checkbox"/> 両目 <input type="checkbox"/> 左目のみ <input type="checkbox"/> 右目のみ		
使用する時間	<input type="checkbox"/> 昼食前 <input type="checkbox"/> 昼食後		
その他の注意事項			
与薬依頼月日		受領者サイン	投薬者サイン
平成	年 月 日 (月)		
平成	年 月 日 (火)		
平成	年 月 日 (水)		
平成	年 月 日 (木)		
平成	年 月 日 (金)		
平成	年 月 日 (土)		

クラス		おなまえ	
病院名		電話	
主治医氏名		FAX	
処方日	平成 年 月 日 に処方されました		
病名または症状			
保管方法	<input type="checkbox"/> 室温 <input type="checkbox"/> 冷蔵庫		
薬の種類	<input type="checkbox"/> 粉 (袋) <input type="checkbox"/> シロップ剤 (種類) <input type="checkbox"/> その他 ()		
飲ませ方	<input type="checkbox"/> 混ぜて可 <input type="checkbox"/> 混ぜて不可 (2種類以上ある場合)		
外用薬	<input type="checkbox"/> 部位 :		
目薬	<input type="checkbox"/> 両目 <input type="checkbox"/> 左目のみ <input type="checkbox"/> 右目のみ		
使用する時間	<input type="checkbox"/> 昼食前 <input type="checkbox"/> 昼食後		
その他の注意事項			
与薬依頼月日		受領者サイン	投薬者サイン
平成	年 月 日 (月)		
平成	年 月 日 (火)		
平成	年 月 日 (水)		
平成	年 月 日 (木)		
平成	年 月 日 (金)		
平成	年 月 日 (土)		