

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	
	<input type="checkbox"/> 粉 (袋)	
薬の種類	<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)		