

### 投薦依賴書

組 氏名								
月日	/	/	/	/	/	/	/	/
いつ、どこで処方されましたか		月	日	<u>医院</u>				
薬の種類は？								
• 水薬 粉薬( 包) 錠剤( 錠) 目薬 軟膏 その他( )								
何の薬ですか？								
• 風邪薬 整腸剤 かゆみ止め その他( )								
どんな症状ですか？								
今朝の体温は( 度 分)								
• 咳 鼻水 腹痛 発疹 かゆみ その他( )								
いつ服用しますか？								
• 昼食前 昼食後 その他( )								
その他気をつけることがありますか？								

### 投藥依賴書

組 氏名			
月 日	/ / / / / / / /		
いつ、どこで処方されましたか		月 日	_____ 医院
薬の種類は?			
<input type="checkbox"/> 水薬 <input type="checkbox"/> 粉薬( <input type="checkbox"/> 包) <input type="checkbox"/> 錠剤( <input type="checkbox"/> 錠) <input type="checkbox"/> 目薬 <input type="checkbox"/> 軟膏 <input type="checkbox"/> その他( <input type="checkbox"/> )			
何の薬ですか?			
<input type="checkbox"/> 風邪薬 <input type="checkbox"/> 整腸剤 <input type="checkbox"/> かゆみ止め <input type="checkbox"/> その他( <input type="checkbox"/> )			
どんな症状ですか?			
今朝の体温は(    度    分)			
<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> その他( <input type="checkbox"/> )			
いつ服用しますか?			
<input type="checkbox"/> 昼食前 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> その他( <input type="checkbox"/> )			
その他気をつけることがありますか?			