

薬 連絡票

医師の診断を受けたところ、下記のとおり指示がありましたので
内服をお願い致します。

保護者名

与薬日	年 月 日 ()
クラス名	子どもの氏名 (フルネーム)
()	
くみ	

病院名

TEL

処方された日 年 月 日 ()

病 名

薬剤名

薬の種類 ()

粉薬 () 水薬 () 錠剤 ()
 外用薬 ()
 その他【 () 】 ()
 ※ () 内に個数を記入してください

与薬の時間 食後 その他 ()

受取者

与薬者	与薬時間
確認者	

※預かった薬について不明点がある場合、保護者の方に連絡をし、確認をさせていただきますこと
があります。確認が取れない場合は与薬が行えません。ご了承ください。

薬 連絡票

医師の診断を受けたところ、下記のとおり指示がありましたので
内服をお願い致します。

保護者名

与薬日	年 月 日 ()
クラス名	子どもの氏名 (フルネーム)
()	
くみ	

病院名

TEL

処方された日 年 月 日 ()

病 名

薬剤名

薬の種類 ()

粉薬 () 水薬 () 錠剤 ()
 外用薬 ()
 その他【 () 】 ()
 ※ () 内に個数を記入してください

与薬の時間 食後 その他 ()

受取者

与薬者	与薬時間
確認者	

※預かった薬について不明点がある場合、保護者の方に連絡をし、確認をさせていただきますこと
があります。確認が取れない場合は与薬が行えません。ご了承ください。