

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、確認させていただくことがあります。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。					