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します。

保護者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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

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します。

保護者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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