

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)			
() ぐみ					
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 () ※ () 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)			
() ぐみ					
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 () ※ () 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。					