

【くすり連絡票】

令和 年 月 日/朝の投薬時間 (:)

児童名		クラス	
保護者名			
医療機関名及び 医師名	医療機関名： (電話) 担当医師名：		
病名 (又は症状)			
薬の種別	与薬方法 (方法・用量等)	処方された日	
内服薬①	時間： 食 (前・間・後) 分 方法： そのまま・水で溶く・その他 ()	月 日	
内服薬②	時間： 食 (前・間・後) 分 方法： そのまま・水で溶く・その他 ()	月 日	
塗り薬	回数： 回 (時間：) 患部： () ※1ヶ月以上継続の場合は、月初めに連絡票の記入をお願いします。	月 日	
点眼薬	回数： 回 (時間：) 患部： (左眼・右眼・両眼)	月 日	
薬剤情報提供書	あり ・ なし		
処理欄	受付者		与薬者 与薬時間

【くすり連絡票】

令和 年 月 日/朝の投薬時間 (:)

児童名		クラス	
保護者名			
医療機関名及び 医師名	医療機関名： (電話) 担当医師名：		
病名 (又は症状)			
薬の種別	与薬方法 (方法・用量等)	処方された日	
内服薬①	時間： 食 (前・間・後) 分 方法： そのまま・水で溶く・その他 ()	月 日	
内服薬②	時間： 食 (前・間・後) 分 方法： そのまま・水で溶く・その他 ()	月 日	
塗り薬	回数： 回 (時間：) 患部： () ※1ヶ月以上継続の場合は、月初めに連絡票の記入をお願いします。	月 日	
点眼薬	回数： 回 (時間：) 患部： (左眼・右眼・両眼)	月 日	
薬剤情報提供書	あり ・ なし		
処理欄	受付者		与薬者 与薬時間