|  |
| --- |
| 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　与薬をお願い致します。　　　　　　　　　　　　　　　　保護者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 与薬日 | 　　　　年　　　　月　　　　日（　　　） |
| クラス名 | こどもの氏名（フルネーム） |
| （　　　 　　）くみ |  |
| 医療機関名 | TEL |
| 処方された日 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日（　　　） |
| 病　名 |  |
| 薬剤名 |  |
| 薬の種類（　　） | 粉薬　（　　）　　水薬　（　　）　　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（　　　　　） |
| 受取者サイン |  |  | 与薬者サイン |  | 与薬時間 |
| 確認者サイン |  | ： |
| ※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。 |