|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。 | | | | | | | | |