

くすり連絡票

令和 年 月 日

クラス名 氏名	組	保護者名	
医療機関名			
病名(または症状)			
くすりの処方日	令和 年 月 日 (1回分のみ持参)		
くすりの剤型	粉・液体・軟膏・点眼薬・点鼻薬 注射液・その他()		
くすりの種類(数)	種類		
保管方法	室温・冷蔵庫・その他()		
くすりの内容	風邪薬・整腸剤・抗生物質・アレルギー その他()		
薬剤情報提供書	あり(添付がない場合は、お預かりできません)		
与薬時間	昼食後・その他()		
連絡事項 (飲み方など、注意 することがあれば お知らせください)			

依頼日	受領者 サイン	与薬者 サイン	与薬時間	実施状況	保護者 サイン
/				・完全に飲んだ ・その他()	
/				・完全に飲んだ ・その他()	
/				・完全に飲んだ ・その他()	
/				・完全に飲んだ ・その他()	
/				・完全に飲んだ ・その他()	
/				・完全に飲んだ ・その他()	
/				・完全に飲んだ ・その他()	

※医師の指示により調剤内容に変更があった場合は、再度提出をお願いいたします。

今回のくすりの与薬は、終了いたしました

令和 年 月 日 保護者名 _____