

くすり連絡票

令和 年 月 日

組氏名	組	依頼者	
病院名			
病名 (または症状)			
くすりの処方日		年 月 日 (1回分のみ持参)	
くすりの剤型		粉 液体 軟膏 点眼薬 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		かぜ薬 整腸剤 咳止め 抗生物質 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			

園記載	くすり受領者サイン	与薬者サイン	実施状況 与薬時間 時 分 ・ 完全に飲んだ ・ その他 ()

くすり連絡票

与薬期間 (予定)

/ ~ /

組・氏名

保護者氏名

様式1に準じて与薬を依頼します。

与薬依頼日	受領者	与薬者	与薬時間	実施状況
R	/			
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				

医師の指示により調剤内容に変更があった場合は、様式1を提出いたします。