

おくすり連絡票

年 月 日

医師の診察を受けたところ下記のとおり指示がありましたので、投与をおねがいします。

児童名			クラス			
保護者名						
医療機関名 及び医師名	医療機関			電話		
	担当医師					
病状(または症状)						
くすりの種別	与薬方法(方法・用量等)			園チェック欄		
内服薬①	時間	食(前・間・後)	分	済	未	
	方法	そのまま	水で溶く 其他()			
内服薬②	時間	食(前・間・後)	分	済	未	
	方法	そのまま	水で溶く 其他()			
塗り薬	回数	回(時間)			済	未
	患部	()				
点眼薬	回数	回(時間)			済	未
	患部	(左目 右目)				
上記以外(保護者記入)				済	未	

※注意事項 薬の容器や袋には、必ずクラス名と児童名を記載してください。
内服薬などが複数の場合には、それぞれ①、②と記載ください。

処理欄	受付者		与薬者	
-----	-----	--	-----	--

おくすり連絡票

年 月 日

医師の診察を受けたところ下記のとおり指示がありましたので、投与をおねがいします。

児童名			クラス			
保護者名						
医療機関名 及び医師名	医療機関			電話		
	担当医師					
病状(または症状)						
くすりの種別	与薬方法(方法・用量等)			園チェック欄		
内服薬①	時間	食(前・間・後)	分	済	未	
	方法	そのまま	水で溶く 其他()			
内服薬②	時間	食(前・間・後)	分	済	未	
	方法	そのまま	水で溶く 其他()			
塗り薬	回数	回(時間)			済	未
	患部	()				
点眼薬	回数	回(時間)			済	未
	患部	(左目 右目)				
上記以外(保護者記入)				済	未	

※注意事項 薬の容器や袋には、必ずクラス名と児童名を記載してください。
内服薬などが複数の場合には、それぞれ①、②と記載ください。

処理欄	受付者		与薬者	
-----	-----	--	-----	--