

外用薬 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 お願いします。						
保護者氏名						
投薬日	年 月 日 ()					
クラス名 ()くみ	子どもの名前					
病院名	TEL					
処方された日	年 月 日 ()					
病名又は症状						
外用薬の種類	塗り薬 () 目薬 () その他 () ※ () 内に個数を記入してください。					
塗り薬などの 使用部位						
投薬の時間	食後 その他 ()					
	日 ()	日 ()	日 ()	日 ()	日 ()	日 ()
受取者						
投薬者						
※預かった薬について不明点がある場合、保護者の方に連絡をし、確認させていただく ことがあります。確認が取れない場合は投薬が行えません。ご了承ください。						

外用薬 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 お願いします。						
保護者氏名						
投薬日	年 月 日 ()					
クラス名 ()くみ	子どもの名前					
病院名	TEL					
処方された日	年 月 日 ()					
病名又は症状						
外用薬の種類	塗り薬 () 目薬 () その他 () ※ () 内に個数を記入してください。					
塗り薬などの 使用部位						
投薬の時間	食後 その他 ()					
	日 ()	日 ()	日 ()	日 ()	日 ()	日 ()
受取者						
投薬者						
※預かった薬について不明点がある場合、保護者の方に連絡をし、確認させていただくこと があります。確認が取れない場合は投薬が行えません。ご了承ください。						

外用薬 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 お願いします。						
保護者氏名						
投薬日	年 月 日 ()					
クラス名 ()くみ	子どもの名前					
病院名	TEL					
処方された日	年 月 日 ()					
病名又は症状						
外用薬の種類	塗り薬 () 目薬 () その他 () ※ () 内に個数を記入してください。					
塗り薬などの 使用部位						
投薬の時間	食後 その他 ()					
	日 ()	日 ()	日 ()	日 ()	日 ()	日 ()
受取者						
投薬者						
※預かった薬について不明点がある場合、保護者の方に連絡をし、確認させていただくこと があります。確認が取れない場合は投薬が行えません。ご了承ください。						