

内服薬連絡票				
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内服をお願いいたします。				
保護者氏名				
投薬日	年 月 日 ( )			
ふりがな				
子どもの名前				
クラス	くみ			
病院名		TEL		
病名				
薬剤名				
薬の種類 ( )	粉薬 ( ) 水薬 ( ) 錠剤 ( ) その他【                   】( ) ※ ( ) 内に個数を記入してください			
※薬は一回分をお持ちください。				
投薬の時間	食後 その他 ( )			
受取者	受取時間	投薬者	確認者	投薬時間
※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、確認をさせていただきます。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。				

内服薬連絡票				
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内服をお願いいたします。				
保護者氏名				
投薬日	年 月 日 ( )			
ふりがな				
子どもの名前				
クラス	くみ			
病院名		TEL		
病名				
薬剤名				
薬の種類 ( )	粉薬 ( ) 水薬 ( ) 錠剤 ( ) その他【                   】( ) ※ ( ) 内に個数を記入してください			
※薬は一回分をお持ちください。				
投薬の時間	食後 その他 ( )			
受取者	受取時間	投薬者	確認者	投薬時間
※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、確認をさせていただきます。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。				

内服薬連絡票				
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内服をお願いいたします。				
保護者氏名				
投薬日	年 月 日 ( )			
ふりがな				
子どもの名前				
クラス	くみ			
病院名		TEL		
病名				
薬剤名				
薬の種類 ( )	粉薬 ( ) 水薬 ( ) 錠剤 ( ) その他【                   】( ) ※ ( ) 内に個数を記入してください			
※薬は一回分をお持ちください。				
投薬の時間	食後 その他 ( )			
受取者	受取時間	投薬者	確認者	投薬時間
※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、確認をさせていただきます。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。				