

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)		
くすり剤型	粉 ・ 液体 ・ 軟膏 ・ 点眼薬 その他 ()		
くすりの種類(数)			
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 ()		

※太枠の所は忘れずに必ず記入してください
※1回分の薬(薬袋または容器)に必ず名前を記入してください

くすり連絡票

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	実施内容
R /				
R /				
R /				
R /				
R /				
R /				
R /				
R /				
R /				
R /				
R /				

※太枠の所(予約依頼日)は毎回必ず記入してください