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
内服をお願いします。

保護者氏名【　　】

与薬日	年　月　日（　）～					
年齢　歳	子どもの名前【　　】					
病院名	TEL					
処方された日	年　月　日（　）					
病名または症状						
薬の種類	粉薬（　）　水薬（　） その他（　） ※（　）内に個数を記入してください。					
与薬の時間	食前　食後　その他（　）					
	日（　）	日（　）	日（　）	日（　）	日（　）	日（　）
保護者印						
受取者						
与薬者						

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
内服をお願いします。

保護者氏名【　　】

与薬日	年　月　日（　）～					
年齢　歳	子どもの名前【　　】					
病院名	TEL					
処方された日	年　月　日（　）					
病名または症状						
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。					
与薬の時間	食前　食後　その他（　）					
	日（　）	日（　）	日（　）	日（　）	日（　）	日（　）
保護者印						
受取者						
与薬者						