

お薬連絡票

依頼日 令和 年 月 日

依頼先 わんぱく保育園

依頼者 保護者氏名

園児氏名

病院名 :					
病名又は症状 :					
種別	与薬方法(用法・用量等)			薬の処方日	
内服薬	方法:そのまま・水で溶く・その他()			月	日
点眼薬	回数	回	(両目・右目・左目)	月	日
塗り薬	回数	回	患部()	月	日
その他注意事項 :					
◎必ず薬剤提供書を添付してください					
◎容器や袋には必ず名前を記入して下さい					
月/日	朝使用時間	受領者サイン	使用者サイン	昼使用時間	確認印

切り取り線

お薬連絡票

依頼日 令和 年 月 日

依頼先 わんぱく保育園

依頼者 保護者氏名

園児氏名

病院名 :					
病名又は症状 :					
種別	与薬方法(用法・用量等)			薬の処方日	
内服薬	方法:そのまま・水で溶く・その他()			月	日
点眼薬	回数	回	(両目・右目・左目)	月	日
塗り薬	回数	回	患部()	月	日
その他注意事項 :					
◎必ず薬剤提供書を添付してください					
◎容器や袋には必ず名前を記入して下さい					
月/日	朝使用時間	受領者サイン	使用者サイン	昼使用時間	確認印