

与薬連絡票

(塗布薬等継続用) しおどめ保育園つくば

児童名	男・女	クラス	
生年月日	年 月 日	生まれ	歳 ヶ月
住所		電話番号	
主治医	病院・医院名		
	住所	電話番号	
	主治医名		
病名 (症状)	()		
薬に関する事項	添付書類	薬剤情報提供書・お薬手帳・医師の指示書・	
		【 】	
	薬剤名： () 年 月 日に処方され、 月 日 () ~ 月 日 () の継続的な与薬 (与薬開始日及び週初め毎に提出ください) 保存方法：常温・冷蔵・冷凍・ () 薬の種類： () 与薬する状態： () 備考：【 】		
年 月 日、上記内容にて与薬依頼を致します。			
保護者氏名 _____ 続柄 _____			
受取り時間	:	受取者	
与薬日時	. . :	与薬者	
与薬日時	. . :	与薬者	
与薬日時	. . :	与薬者	
与薬日時	. . :	与薬者	
与薬日時	. . :	与薬者	
与薬日時	. . :	与薬者	

下記の通り、与薬致しました。

年 月 日 (月) 児童名 _____

与薬日時	:	与薬者	
------	---	-----	--

下記の通り、与薬致しました。

年 月 日 (火) 児童名 _____

与薬日時	:	与薬者	
------	---	-----	--

下記の通り、与薬致しました。

年 月 日 (水) 児童名 _____

与薬日時	:	与薬者	
------	---	-----	--

下記の通り、与薬致しました。

年 月 日 (木) 児童名 _____

与薬日時	:	与薬者	
------	---	-----	--

下記の通り、与薬致しました。

年 月 日 (金) 児童名 _____

与薬日時	:	与薬者	
------	---	-----	--

下記の通り、与薬致しました。

年 月 日 (土) 児童名 _____

与薬日時	:	与薬者	
------	---	-----	--