

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 ケ月		
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)	()		
添付書類	薬剤情報提供書・お薬手帳・医師の指示書・ 【 】		
薬に関する事項	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	
------	---	-----	--