

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

保育園記載	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（ ）	

くすり連絡票

組・氏名 組

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	実施状況
R . /			時 分	
/			時 分	
/			時 分	
/			時 分	
/			時 分	
/			時 分	

※医師の指示により調剤内容に変更があった場合は、様式1を提出いたします。