様式１

くすり連絡票

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　　包		
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 飲み方など注意することがあればお知らせください			

保育所記載	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（　　）

様式２

くすり連絡票

組・氏名

様式１に準じて与薬を依頼します。

保護者氏名

与薬依頼日	受領者	与薬者		与薬時間	実施状況
・／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					

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を提出する。

※様式２は慢性疾患の場合に使用する。