

薬 連絡票

医師の診断を受けたところ、下記のとおり指示がありましたので
与薬をお願い致します。

保護者名 _____

与薬日	年 月 日 ()										
クラス名	こどもの氏名 (フルネーム)										
() くみ											
医療機関名	TEL										
処方された日	年 月 日 ()										
病 名											
薬剤名											
薬の種類 ()	粉 薬 () 水 薬 () 外用薬 () その他 【 】 () ※ () 内に個数を記入してください										
与薬の時間	食後 その他 ()										
受取者サイン	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%; text-align: center;">与薬者 サイン</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%; text-align: center;">与薬時間</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">確認者 サイン</td> <td></td> <td style="text-align: center;">:</td> </tr> </table>			与薬者 サイン		与薬時間			確認者 サイン		:
			与薬者 サイン		与薬時間						
		確認者 サイン		:							
※預かった薬について不明点がある場合、保護者の方に連絡し、確認をさせていただくことが あります。確認が取れない場合は与薬が行えません。ご了承ください。											