

内服薬 連絡票 (1日用)

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、内服をお願いします。			
保護者名 _____			
与薬日	年 月 日 ()		
年齢 () 歳	子どもの名前		
病院名	TEL		
処方された日	年 月 日 ()		
病名又は症状	風邪 咳 下痢 中耳炎 とびひ その他 ()		
薬の種類	粉薬 () 水薬 () その他 () ※() 内に個数を記入してください		
与薬の時間	食前 食後 その他 ()		
受取者		与薬者	

内服薬 連絡票 (1日用)

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、内服をお願いします。			
保護者名 _____			
与薬日	年 月 日 ()		
年齢 () 歳	子どもの名前		
病院名	TEL		
処方された日	年 月 日 ()		
病名又は症状	風邪 咳 下痢 中耳炎 とびひ その他 ()		
薬の種類	粉薬 () 水薬 () その他 () ※() 内に個数を記入してください		
与薬の時間	食前 食後 その他 ()		
受取者		与薬者	