# 内服薬　連絡票　（1週間用）

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<br>（　　）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 | | | | | | | |
| 薬　の　種　類 | 粉薬（　）　水薬（　）<br>その他（　）<br>※（　）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（　） | | | | | | |
| | 日（　） | 日（　） | 日（　） | 日（　） | 日（　） | 日（　） | 日（　） |
| 受　取　者 | | | | | | | |
| 与　薬　者 | | | | | | | |


# 内服薬　連絡票　（1週間用）

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<br>（　　）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 | | | | | | | |
| 薬　の　種　類 | 粉薬（　）　水薬（　）<br>その他（　）<br>※（　）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（　） | | | | | | |
| | 日（　） | 日（　） | 日（　） | 日（　） | 日（　） | 日（　） | 日（　） |
| 受　取　者 | | | | | | | |
| 与　薬　者 | | | | | | | |