

外用薬 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、内服をお願いします。						
保護者名 _____						
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						
薬 の 種 類	塗り薬 () 目薬 () その他 () ※ () 内に個数を記入してください					
塗り薬等の使用部位						
与 薬 の 時 間	食後 その他 ()					
	日 ()	日 ()	日 ()	日 ()	日 ()	日 ()
受 取 者						
与 薬 者						

外用薬 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、内服をお願いします。						
保護者名 _____						
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						
薬 の 種 類	塗り薬 () 目薬 () その他 () ※ () 内に個数を記入してください					
塗り薬等の使用部位						
与 薬 の 時 間	食後 その他 ()					
	日 ()	日 ()	日 ()	日 ()	日 ()	日 ()
受 取 者						
与 薬 者						