

くすり連絡票

令和 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		
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			
保育所等記載	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（ ）

くすり連絡票

組・氏名 _____

保護者氏名 _____

様式1に準じて与薬を依頼します。

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

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を提出いたします。
 ※様式2は慢性疾患の場合に使用する。