

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 _____						
与薬日	年 月 日 ()					
クラス名 () ぐみ	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 () その他 () ※ () 内に個数を記入して下さい					
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						

内服薬 連絡票 (1日用)

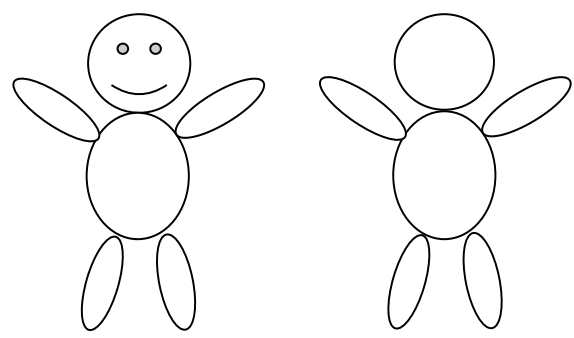
医師の診断を受けたところ、下記のとおり指示がありましたので、内服をお願いします。			
保護者名 _____			
与薬日	年 月 日 ()		
クラス名 () ぐみ	子どもの名前		
病院名	TEL		
処方された日	年 月 日 ()		
病名又は症状	風 咳 下痢 中耳炎 とびひ その他 ()		
薬の種類	粉薬 () 水薬 () その他 () ※ () 内に個数を記入して下さい		
与薬の時間	食前 食後 その他 ()		
受取者		与薬者	

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 ()					
クラス名 () ぐみ	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 () その他 () ※ () 内に個数を記入して下さい					
与薬の時間	食前 食後 その他 ()					
	日()	日()	日()	日()	日()	日()
受取者						
与薬者						

気管支拡張剤のテープ 確認表

(ホクナリンテープ等)

医師の診断を受けたところ、下記のとおり指示があり気管支拡張剤のテープ(ホクナリンテープ等)を貼っています。	
保護者名 _____	
貼り付け日	年 月 日 ()
クラス名 () ぐみ	子どもの名前
病院名	TEL
処方された日	年 月 日 ()
病院名又は症状	風邪 喘息 気管支炎
使用場所 (○印をつけてください) (後)	
	
確認者	