**【くすり連絡票】**

**年　　　月　　　日**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童名 |  | クラス |  | |
| 保護者名 |  | | | |
| 医療機関名  及び医師名 | 医療機関　　　　　　　　　　　　　（電話　　　　　　　　　　　　）  担当医師 | | | |
| 病名(又は症状) |  | | | |
| 薬の種別 | 与薬方法(方法・用量等) | | | 処方された日 |
| 内服薬① | 時間　　食（前・間・後）　　　　分  方法　　そのまま　　水で溶く　　その他（　　　　　） | | | 月　　日 |
| 内服薬② | 時間　　食（前・間・後）　　　　分  方法　　そのまま　　水で溶く　　その他（　　　　　） | | | 月　　日 |
| 塗り薬 | 回数　　　　回（時間　　　　　　　　　　　　　　　）  患部　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | 月　　日 |
| 点眼薬 | 回数　　　　回（時間　　　　　　　　　　　　　　　）  患部　　（　左目・右目　） | | | 月　　日 |
|  |  | | | 月　　日 |

　【注意事項】　薬の容器や袋には、必ずクラス名と児童名を記載してください。

　　　　　　　　内服薬などが複数の場合には、それぞれ①、②と記載してください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 処理欄 | 受付者 |  | 与薬者 |  | 与薬時間 | ： |

**【くすり連絡票】**

**年　　　月　　　日**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童名 |  | クラス |  | |
| 保護者名 |  | | | |
| 医療機関名  及び医師名 | 医療機関　　　　　　　　　　　　　（電話　　　　　　　　　　　　）  担当医師 | | | |
| 病名(又は症状) |  | | | |
| 薬の種別 | 与薬方法(方法・用量等) | | | 処方された日 |
| 内服薬① | 時間　　食（前・間・後）　　　　分  方法　　そのまま　　水で溶く　　その他（　　　　　） | | | 月　　日 |
| 内服薬② | 時間　　食（前・間・後）　　　　分  方法　　そのまま　　水で溶く　　その他（　　　　　） | | | 月　　日 |
| 塗り薬 | 回数　　　　回（時間　　　　　　　　　　　　　　　）  患部　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | 月　　日 |
| 点眼薬 | 回数　　　　回（時間　　　　　　　　　　　　　　　）  患部　　（　左目・右目　） | | | 月　　日 |
|  |  | | | 月　　日 |

　【注意事項】　薬の容器や袋には、必ずクラス名と児童名を記載してください。

　　　　　　　　内服薬などが複数の場合には、それぞれ①、②と記載してください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 処理欄 | 受付者 |  | 与薬者 |  | 与薬時間 | ： |