

お薬連絡票

- ・記入の上、職員に薬と一緒にお渡しください。
- ・解熱剤、市販の薬はお預かりできません。

依頼日	令和 年 月 日
依頼先	
保護者名	
クラス 児童名	
病名または症状	
病院での処方日	令和 年 月 日
薬の内容	かぜ薬 外用薬(塗り薬・点眼) その他(
使用時間	食前 (粉・シロップ・その他
	食後 (粉・シロップ・その他
	その他 (計 種類
薬を受けた者	
薬を飲ませた者	
飲んだ時間	

期日	令和 年 月 日
飲んだ時間	
児童名	
薬を飲ませた者	