

薬の連絡票

依頼先: こじか保育園

令和	年度	月	日 ()	組
園児名		依頼 保護者名		
病院名	TEL()			
調剤薬局名	TEL()			
処方年月日	令和	年	月	日 日分のうちの本日分
薬の内容	抗生物質・咳止め・下痢止め・かぜ薬・鼻水止め 外用薬()・その他()			
調剤内容	薬剤情報提供書 あり			
内服薬の 回数と量	シロップ 散剤 その他()	回 回	全部 包)回	目盛り CC 個
外用薬の 回数と量	点眼 軟膏 その他()	両方・片方(右・左) 部位	回 回	滴 包
用法	食前・食後・食間() その他 具体的に []			
与薬者 サイン				

薬1回分(一日分)と一緒に職員へ渡してください
記入漏れや不明な点があった場合は、服用できない場合があります

薬の連絡票

依頼先: こじか保育園

令和	年度	月	日 ()	組
園児名		依頼 保護者名		
病院名	TEL()			
調剤薬局名	TEL()			
処方年月日	令和	年	月	日 日分のうちの本日分
薬の内容	抗生物質・咳止め・下痢止め・かぜ薬・鼻水止め 外用薬()・その他()			
調剤内容	薬剤情報提供書 あり			
内服薬の 回数と量	シロップ 散剤 その他()	回 回	全部 包)回	目盛り CC 個
外用薬の 回数と量	点眼 軟膏 その他()	両方・片方(右・左) 部位	回 回	滴 包
用法	食前・食後・食間() その他 具体的に []			
与薬者 サイン				

薬1回分(一日分)と一緒に職員へ渡してください
記入漏れや不明な点があった場合は、服用できない場合があります