

様式1

くすり連絡票

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 ()		

様式2

くすり連絡票

組・氏名 _____

様式1に準じて与薬を依頼します。

保護者氏名 _____

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

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を提出する。
 ※様式2は慢性疾患の場合に使用する。