

与薬連絡票

依頼先： 鶴満寺保育所

令和 年 月 日

クラス	園児名		保護者名		
主治医	医院・病院 先生	処方薬局			
病名 (症状)			病院での処方日 令和 年 月 日		
内服薬	剤型(該当するものに○) 粉 ・ 錠剤 ・ シロップ ・ その他() (包) (個) (ml) 内容 抗生剤・鼻水止め・咳止め・下痢止め・整腸剤 その他()		投薬時間		
			<input type="radio"/> 食前 <input type="radio"/> 食後 <input type="radio"/> その他 ()		
外用薬	内容(該当するものに○) 塗り薬 ・ 点眼 ・ その他() 使用箇所()		処置時間		
その他・連絡事項					
受付 職員名		投与 職員名		時間	