

お薬連絡票(保護者記載用)

学童クラブ

平成 年 月 日

依頼者

保護者名 _____ (印)

本日の連絡先

電話 _____

小学校 _____ 学年 _____

児童名 _____

病院名

主治医

電話

病名(子どもの様子)

[_____]

1. 持参した薬は 年 月 日に処方された 日分のうち1回分

2. 薬の剤型 (該当するものに○)

粉 ・ 液(シロップ) ・ 錠剤 ・ 外用薬 ・ その他 ()

3. 薬の内容

(薬名) _____

※朝、投与した時間

時 分

(薬効) _____

※薬剤情報提供書または医師の指示書を参考に記入し、必ず添付してください。

4. 使用する日時

・ 昼 (食前: 種類 ・ 食後: 種類)

・ 時間指定 時: 種類

5. その他の注意事項 (薬の取り扱い方、飲ませる方法等)

受領者サイン	投与時刻	投与者サイン
	日 午前・午後 時 分	