薬連絡票(保護者記載用)

やわらぎ児童館学童クラブ　　令和　　年　　月　　日

依頼者　　本日の連絡先

保護者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞＿　　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　令和　　年　　月　　日に処方された　　日分のうち１回分

2．薬の剤型　(該当するものに〇)

粉　・　液(シロップ)　・　錠剤

3．薬の内容

(薬名)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(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)

日付	朝の投与時刻	受領者サイン	投与時刻	投与者サイン
/	時　分		日　午前・午後　時　分	
/	時　分		日　午前・午後　時　分	
/	時　分		日　午前・午後　時　分	
/	時　分		日　午前・午後　時　分	
/	時　分		日　午前・午後　時　分	
/	時　分		日　午前・午後　時　分	