

投 薬 連 絡 票

依頼者	保護者氏名			
	子ども氏名			
主治医	病院・医師		TEL	
病名（症状）				
処方日時	年	月	日	
保管方法	室温	冷蔵庫		
薬の剤型	粉薬	水薬	他（ ）	
薬の内容	抗生物質	咳止め	かぜ薬	外用薬
使用日時	年	月	日	
食 前				
食 後				
食 間				
時間薬				
※食間、又は時間薬は具体的に時間を記入して下さい				
※外用薬の使用法、時間など				
※注意事項				
※投薬剤情報提供書		あり	なし	
受領者	投薬者			