

お薬連絡票	
ご依頼日	R 年 月 日 (曜日)
お名前	(お子様)
	(保護者)
主治医	病院・医院
持参した薬	年 月 日に処方された薬
薬の内容	抗生剤 下痢止め せき止め 目薬 塗り薬 その他()
	昼食前 昼食後 おやつ前 おやつ後 その他()
	粉薬(包) 水薬() 目薬【右・左】() 塗り薬【部位 】()
投与職員	㊞

お薬連絡票	
ご依頼日	R 年 月 日 (曜日)
お名前	(お子様)
	(保護者)
主治医	病院・医院
持参した薬	年 月 日に処方された薬
薬の内容	抗生剤 下痢止め せき止め 目薬 塗り薬 その他()
	昼食前 昼食後 おやつ前 おやつ後 その他()
	粉薬(包) 水薬() 目薬【右・左】() 塗り薬【部位 】()
投与職員	㊞

お薬連絡票	
ご依頼日	R 年 月 日 (曜日)
お名前	(お子様)
	(保護者)
主治医	病院・医院
持参した薬	年 月 日に処方された薬
薬の内容	抗生剤 下痢止め せき止め 目薬 塗り薬 その他()
	昼食前 昼食後 おやつ前 おやつ後 その他()
	粉薬(包) 水薬() 目薬【右・左】() 塗り薬【部位 】()
投与職員	㊞

お薬連絡票	
ご依頼日	R 年 月 日 (曜日)
お名前	(お子様)
	(保護者)
主治医	病院・医院
持参した薬	年 月 日に処方された薬
薬の内容	抗生剤 下痢止め せき止め 目薬 塗り薬 その他()
	昼食前 昼食後 おやつ前 おやつ後 その他()
	粉薬(包) 水薬() 目薬【右・左】() 塗り薬【部位 】()
投与職員	㊞

お薬連絡票	
ご依頼日	R 年 月 日 (曜日)
お名前	(お子様)
	(保護者)
主治医	病院・医院
持参した薬	年 月 日に処方された薬
薬の内容	抗生剤 下痢止め せき止め 目薬 塗り薬 その他()
	昼食前 昼食後 おやつ前 おやつ後 その他()
	粉薬(包) 水薬() 目薬【右・左】() 塗り薬【部位 】()
投与職員	㊞

お薬連絡票	
ご依頼日	R 年 月 日 (曜日)
お名前	(お子様)
	(保護者)
主治医	病院・医院
持参した薬	年 月 日に処方された薬
薬の内容	抗生剤 下痢止め せき止め 目薬 塗り薬 その他()
	昼食前 昼食後 おやつ前 おやつ後 その他()
	粉薬(包) 水薬() 目薬【右・左】() 塗り薬【部位 】()
投与職員	㊞