

投薬連絡票（塗り薬専用）

| | | | |
|--|-----------------|-------------|----|
| 依頼者 | 保護者氏名 子ども氏名 | | |
| 主治医 | 病院、医院 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 | 塗り薬 | 他（ ） | |
| 薬の内容 | 「お薬成分表」を初回のみ、添付 | | |
| 使用日時 | 年 | 月 | 日～ |
| | 年 | 月 | 日～ |
| | 年 | 月 | 日～ |
| | 年 | 月 | 日～ |
| 食前 | | | |
| 食後 | | | |
| 食間 | | | |
| 時間薬 | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> * 食間、又は時間薬は、具体的に時間を書いてください * 外用薬の使用法、時間帯 * 注意事項 * 「お薬成分表」を初回のみ、提出してください | | | |
| 受領者 | 投与者 | 月・火・水・木・金・土 | |
| 受領者 | 投与者 | 月・火・水・木・金・土 | |
| 受領者 | 投与者 | 月・火・水・木・金・土 | |
| 受領者 | 投与者 | 月・火・水・木・金・土 | |

投薬連絡票（塗り薬専用）

| | | | |
|---|-----------------|-------------|----|
| 依頼者 | 保護者氏名 子ども氏名 | | |
| 主治医 | 病院、医院 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 | 塗り薬 | 他（ ） | |
| 薬の内容 | 「お薬成分表」を初回のみ、添付 | | |
| 使用日時 | 年 | 月 | 日～ |
| | 年 | 月 | 日～ |
| | 年 | 月 | 日～ |
| | 年 | 月 | 日～ |
| 食前 | | | |
| 食後 | | | |
| 食間 | | | |
| 時間薬 | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> * 食間、又は時間薬は、具体的に時間を書いてください * 外用薬の使用法、時間帯 * 注意事項 * 「お薬成分表」を初回のみ、提出して下さい | | | |
| 受領者 | 投与者 | 月・火・水・木・金・土 | |
| 受領者 | 投与者 | 月・火・水・木・金・土 | |
| 受領者 | 投与者 | 月・火・水・木・金・土 | |
| 受領者 | 投与者 | 月・火・水・木・金・土 | |