

薬の連絡票 印刷してご利用ください。

薬の連絡票	
依頼日	月 日 ()
依頼者	年 組 児童名 保護者名
病名	
病院名	
内容	※該当するところに レ点 内服薬> <input type="checkbox"/> 抗生剤 <input type="checkbox"/> 咳止め <input type="checkbox"/> 下痢止め <input type="checkbox"/> その他() 外用薬> <input type="checkbox"/> 塗り薬 <input type="checkbox"/> 点眼薬 <input type="checkbox"/> その他() 外用薬の使用法() 〔 個, 包, 錠, ml, mg, 〕
使用時間	※該当するところに レ点 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他()
※ 早い時期に自分で薬を使用できるように、ご家庭でもご指導ください。	

薬の連絡票	
依頼日	月 日 ()
依頼者	年 組 児童名 保護者名
病名	
病院名	
内容	※該当するところに レ点 内服薬> <input type="checkbox"/> 抗生剤 <input type="checkbox"/> 咳止め <input type="checkbox"/> 下痢止め <input type="checkbox"/> その他() 外用薬> <input type="checkbox"/> 塗り薬 <input type="checkbox"/> 点眼薬 <input type="checkbox"/> その他() 外用薬の使用法() 〔 個, 包, 錠, ml, mg, 〕
使用時間	※該当するところに レ点 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他()
※ 早い時期に自分で薬を使用できるように、ご家庭でもご指導ください。	

薬の連絡票	
依頼日	月 日 ()
依頼者	年 組 児童名 保護者名
病名	
病院名	
内容	※該当するところに レ点 内服薬> <input type="checkbox"/> 抗生剤 <input type="checkbox"/> 咳止め <input type="checkbox"/> 下痢止め <input type="checkbox"/> その他() 外用薬> <input type="checkbox"/> 塗り薬 <input type="checkbox"/> 点眼薬 <input type="checkbox"/> その他() 外用薬の使用法() 〔 個, 包, 錠, ml, mg, 〕
使用時間	※該当するところに レ点 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他()
※ 早い時期に自分で薬を使用できるように、ご家庭でもご指導ください。	

薬の連絡票	
依頼日	月 日 ()
依頼者	年 組 児童名 保護者名
病名	
病院名	
内容	※該当するところに レ点 内服薬> <input type="checkbox"/> 抗生剤 <input type="checkbox"/> 咳止め <input type="checkbox"/> 下痢止め <input type="checkbox"/> その他() 外用薬> <input type="checkbox"/> 塗り薬 <input type="checkbox"/> 点眼薬 <input type="checkbox"/> その他() 外用薬の使用法() 〔 個, 包, 錠, ml, mg, 〕
使用時間	※該当するところに レ点 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他()
※ 早い時期に自分で薬を使用できるように、ご家庭でもご指導ください。	

薬の連絡票	
依頼日	月 日 ()
依頼者	年 組 児童名 保護者名
病名	
病院名	
内容	※該当するところに レ点 内服薬> <input type="checkbox"/> 抗生剤 <input type="checkbox"/> 咳止め <input type="checkbox"/> 下痢止め <input type="checkbox"/> その他() 外用薬> <input type="checkbox"/> 塗り薬 <input type="checkbox"/> 点眼薬 <input type="checkbox"/> その他() 外用薬の使用法() 〔 個, 包, 錠, ml, mg, 〕
使用時間	※該当するところに レ点 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他()
※ 早い時期に自分で薬を使用できるように、ご家庭でもご指導ください。	

薬の連絡票	
依頼日	月 日 ()
依頼者	年 組 児童名 保護者名
病名	
病院名	
内容	※該当するところに レ点 内服薬> <input type="checkbox"/> 抗生剤 <input type="checkbox"/> 咳止め <input type="checkbox"/> 下痢止め <input type="checkbox"/> その他() 外用薬> <input type="checkbox"/> 塗り薬 <input type="checkbox"/> 点眼薬 <input type="checkbox"/> その他() 外用薬の使用法() 〔 個, 包, 錠, ml, mg, 〕
使用時間	※該当するところに レ点 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他()
※ 早い時期に自分で薬を使用できるように、ご家庭でもご指導ください。	