

与薬連絡票

クラス めばえ・あおば・わかば・さくら・あすか・やまと

お子様の氏名 _____

医療機関名(_____)病院(_____)先生

TEL _____
日付 月 日

【薬の種類】 (○で囲んでください)

粉薬 ・ シロップ ・ その他 (_____)
(_____)個 (_____)個 (_____)個

【与薬時間】

食前 ・ 食後 ・ 時間指定ある場合
(_____ : _____)

病気の症状とそれに対する薬の効能などご記入ください。

お子様の氏名 _____

日付 月 日 投与者 _____

与薬連絡票

クラス めばえ・あおば・わかば・さくら・あすか・やまと

お子様の氏名 _____

医療機関名(_____)病院(_____)先生

TEL _____
日付 月 日

【薬の種類】 (○で囲んでください)

粉薬 ・ シロップ ・ その他 (_____)
(_____)個 (_____)個 (_____)個

【与薬時間】

食前 ・ 食後 ・ 時間指定ある場合
(_____ : _____)

病気の症状とそれに対する薬の効能などご記入ください。

お子様の氏名 _____

日付 月 日 投与者 _____

与薬連絡票

クラス めばえ・あおば・わかば・さくら・あすか・やまと

お子様の氏名 _____

医療機関名(_____)病院(_____)先生

TEL _____
日付 月 日

【薬の種類】 (○で囲んでください)

粉薬 ・ シロップ ・ その他 (_____)
(_____)個 (_____)個 (_____)個

【与薬時間】

食前 ・ 食後 ・ 時間指定ある場合
(_____ : _____)

病気の症状とそれに対する薬の効能などご記入ください。

お子様の氏名 _____

日付 月 日 投与者 _____

与薬連絡票

クラス めばえ・あおば・わかば・さくら・あすか・やまと

お子様の氏名 _____

医療機関名(_____)病院(_____)先生

TEL _____
日付 月 日

【薬の種類】 (○で囲んでください)

粉薬 ・ シロップ ・ その他 (_____)
(_____)個 (_____)個 (_____)個

【与薬時間】

食前 ・ 食後 ・ 時間指定ある場合
(_____ : _____)

病気の症状とそれに対する薬の効能などご記入ください。

お子様の氏名 _____

日付 月 日 投与者 _____