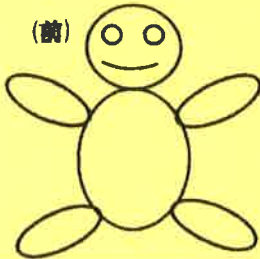
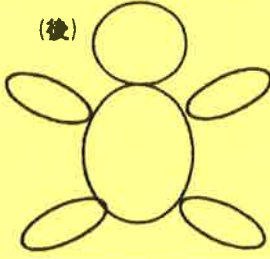


薬連絡票	
医師の診断を受けたところ、下記の通りの指示がありましたので内服をお願いします。	
保護者名 _____	
与薬日	年 月 日 ()
クラス名 組	名前
病院名	電
処方された日	年 月 日 ()
病名または症状	
薬の種類 ()に細数を記入して下さい	粉薬 () 水薬 () 錠剤 () その他 ()
与薬の時間	食後 その他 ()
受取者	与薬者
*預かった薬について不明な点がある場合、保護者の方に連絡をし確認させていただきます。確認が取れない場合は、与薬ができません。	

気管支拡張剤のテープ 確認票

(ホクナリンテープ等)

医師の診断を受けたところ、下記のとおり指示があり気管支拡張剤のテープ(ホクナリンテープ等)を貼っています。	
保護者名 _____	
日	年 月 日 ()
クラス名 ()ぐみ	子どもの名前
病院名	TEL
処方された日	年 月 日 ()
病名	風邪 喘息 気管支炎
使用場所(印をつけてください)	
(前)	(後)
	
確認者	

外用薬連絡票						
医師の診断を受けたところ、下記の通りの指示がありましたのでお願いします。						
保護者名 _____						
与薬日	年 月 日 ()					
クラス名	名前					
病院名	電					
処方された日	年 月 日 ()					
外用薬の種類	塗り薬		目薬			
塗り薬等の使用部位						
与薬の時間	食後 その他 ()					
	日	日	日	日	日	日
受取者						
与薬者						