

〈臨時薬〉 服薬連絡票（1日用）

服薬日	令和 年 月 日（ ）		
(幼・小・中)	年 組	名前	
病院名			
処方された日	令和 年 月 日（ ）		
病名又は症状	風邪 ・ 咳 ・ 下痢 ・ 中耳炎 その他（ ）		
薬の種類	内服	粉薬__袋 ・ 錠剤__個 ・ 水薬 その他（ ） (医薬品名：_____)	
		外用	塗り薬（部位： 量： ） 目薬（右・左・両目）__滴 その他（ ） (医薬品名：_____)
	*原則は本人が服薬します。外用薬の塗布や点眼を担任に依頼する場合は、患部の確認や服用方法の確認等が必要になります。状態によってはお断りすることがあります。		
	薬の保管場所	本人の鞆・冷蔵庫・その他（ ）	
服薬の時間	食前・食後・その他（ ）		
医師より上記のとおりの指示がありましたので、薬の預かりをお願いします。 保護者名（ ）			

学校記入欄			
受取者		服薬 確認者	



〈臨時薬〉 服薬連絡票（1日用）

服薬日	令和 年 月 日（ ）		
(幼・小・中)	年 組	名前	
病院名			
処方された日	令和 年 月 日（ ）		
病名又は症状	風邪 ・ 咳 ・ 下痢 ・ 中耳炎 その他（ ）		
薬の種類	内服	粉薬__袋 ・ 錠剤__個 ・ 水薬 その他（ ） (医薬品名：_____)	
		外用	塗り薬（部位： 量： ） 目薬（右・左・両目）__滴 その他（ ） (医薬品名：_____)
	*原則は本人が服薬します。外用薬の塗布や点眼を担任に依頼する場合は、患部の確認や服用方法の確認等が必要になります。状態によってはお断りすることがあります。		
	薬の保管場所	本人の鞆・冷蔵庫・その他（ ）	
服薬の時間	食前・食後・その他（ ）		
医師より上記のとおりの指示がありましたので、薬の預かりをお願いします。 保護者名（ ）			

学校記入欄			
受取者		服薬 確認者	

