

おくすり連絡票

社会福祉法人 鶴舟会 鶴町学園 御中

氏名	年齢 才 か月
病名 (又は症状)	(外傷の場合は部位も詳細に記入してください)
医療機関名	
処方日	平成 年 月 日
薬の種類	粉(種類)・シロップ(種類)・外用薬(種類) その他()
1回に 服用する量	(例):粉2種類各1包・シロップ1×モリ等) *1回分だけを持参してください。 粉(包)・シロップ(ml)・その他()
外用薬の 使用方法	使用頻度、使用部位、塗布方法を具体的に記入してください
投薬時間	昼食(前・後) その他()
服用方法	(例:白湯に溶かしスプーンで等)
注意事項	(例:冷蔵庫に保管する、飲ませる時嫌がる等)

*上記の通り投薬をお願いします。尚、依頼した薬の服用で万一事故等が起きても貴施設の過失以外、一切意義申し立てはいたしません。

保護者名

(印)

		1回目	2回目	3回目	4回目	5回目
保護者	日付	/	/	/	/	/
園 記 載 欄	受領者	時間	:	:	:	:
		サイン				
	投与者	時間	:	:	:	:
		サイン				
保護者確認						
実施状況など						

*おくすりはできるだけ昼に服用しないように処方してもらって下さい。

*薬剤情報提供書と一緒に提出してください。