

外用薬連絡票

依頼日	年 月 日
保護者氏名	
子どもの名前	
医療機関名	
電話	
薬の内容	
病名(症状)	
塗布してほしい期間	年 月 日～ 1・2・3・4・5・6・7日間
塗布する時間・回数	

- 1.記載漏れがある場合は塗布できません。
2. 必ず職員に手渡してください
3. 塗布する部位に印を付けてください

点眼連絡票

依頼日	年 月 日
保護者氏名	
子どもの名前	
医療機関名	
電話	
薬の内容	
病名(症状)	
点眼してほしい期間	年 月 日～ 1・2・3・4・5・6・7日間
点眼する時間・回数	

塗布した日時・与薬者	/ . :	/ . :	/ . :	/ . :
	/ . :	/ . :	/ . :	/ . :
受領者				

点眼した日時・与薬者	/ . :	/ . :	/ . :	/ . :
	/ . :	/ . :	/ . :	/ . :
受領者				

キリトリ

子どもの名前				
塗布した日時・与薬者	/ . :	/ . :	/ . :	/ . :
	/ . :	/ . :	/ . :	/ . :
薬の内容				

キリトリ

子どもの名前				
点眼した日時・与薬者	/ . :	/ . :	/ . :	/ . :
	/ . :	/ . :	/ . :	/ . :
薬の内容				