

与薬連絡票

依頼年月日	令和 年 月 日			
組・児童名	組 名前			
保護者名				
病院名				
病名・症状				
薬について	保管場所	冷蔵庫	室温	その他
	薬の形状	粉	シロップ	外用薬
	薬の内容	抗生物質 整腸剤 咳止め 下痢止め 風邪薬 外用薬 (薬名) 塗る部位 ()		
朝の服用時間	時 分			
与薬依頼時間	食前 食後 食間 () 時間おき その他 ()			
備考 (家庭から)				
与薬時間	時 分			
保育園より	市販薬のお預かりは出来ません。保育士、 または看護師に受け取り印をもらって下さい。			
	園長	主任	与薬者	受取者

与薬連絡票

依頼年月日	令和 年 月 日			
組・児童名	組 名前			
保護者名				
病院名				
病名・症状				
薬について	保管場所	冷蔵庫	室温	その他
	薬の形状	粉	シロップ	外用薬
	薬の内容	抗生物質 整腸剤 咳止め 下痢止め 風邪薬 外用薬 (薬名) 塗る部位 ()		
朝の服用時間	時 分			
与薬時間	食前 食後 食間 () 時間おき その他 ()			
備考 (家庭から)				
与薬時間	時 分			
保育園より	市販薬のお預かりは出来ません。保育士、 または看護師に受け取り印をもらって下さい。			
	園長	主任	与薬者	受取者