

薬の連絡票

年 月 日

ひなた保育園		
依頼者	保護者氏名	
	子ども氏名	()組
主治医	病院・医院	
持参した薬	年 月 日に処方された薬	
病名		
薬の内容	かぜ薬・咳止め・整腸剤・外用薬	
	抗生物質・その他()	
量	()包	
薬の剤型	粉・液(シロップ)・外用薬・その他	
与薬する時	食事の前・後	その他()
受領者		
投与者		
備考		

※1回分の薬にクラス名・名前を記入し、「連絡票」と共に職員に手渡ししてください。

薬の連絡票

年 月 日

ひなた保育園		
依頼者	保護者氏名	
	子ども氏名	()組
主治医	病院・医院	
持参した薬	年 月 日に処方された薬	
病名		
薬の内容	かぜ薬・咳止め・整腸剤・外用薬	
	抗生物質・その他()	
量	()包	
薬の剤型	粉・液(シロップ)・外用薬・その他	
与薬する時	食事の前・後	その他()
受領者		
投与者		
備考		

※1回分の薬にクラス名・名前を記入し、「連絡票」と共に職員に手渡ししてください。

薬の連絡票

年 月 日

ひなた保育園		
依頼者	保護者氏名	
	子ども氏名	()組
主治医	病院・医院	
持参した薬	年 月 日に処方された薬	
病名		
薬の内容	かぜ薬・咳止め・整腸剤・外用薬	
	抗生物質・その他()	
量	()包	
薬の剤型	粉・液(シロップ)・外用薬・その他	
与薬する時	食事の前・後	その他()
受領者		
投与者		
備考		

※1回分の薬にクラス名・名前を記入し、「連絡票」と共に職員に手渡ししてください。

薬の連絡票

年 月 日

ひなた保育園		
依頼者	保護者氏名	
	子ども氏名	()組
主治医	病院・医院	
持参した薬	年 月 日に処方された薬	
病名		
薬の内容	かぜ薬・咳止め・整腸剤・外用薬	
	抗生物質・その他()	
量	()包	
薬の剤型	粉・液(シロップ)・外用薬・その他	
与薬する時	食事の前・後	その他()
受領者		
投与者		
備考		

※1回分の薬にクラス名・名前を記入し、「連絡票」と共に職員に手渡ししてください。