

くすり連絡票

年	月	日	ともっこ保育園
保護者氏名 ()			
連絡先 電話 ()			
児童名 () 組 氏名 ()			
医療機関			
病名			
持参した薬は () 月 () 日に処方された 1 回分			
薬の内容 (飲み薬・塗り薬)			
抗生物質・咳止め・風邪薬・その他 ()			
その他の注意事項			
薬剤情報提供 あり・なし			
受領者サイン			
投与者サイン			
予薬時間 (:)			

原則として薬の服用はご家庭でお願いしております。医師の指示でどうしても保育園での服用が必要な場合はくすり連絡票と薬剤情報提供書を添えて1回分だけ、お子様の名前、日付を記入して、登園の際に職員に手渡ししてください。

----- 切り取り線 -----

児童名 () 組 氏名 ()	
受領者サイン	
投与者サイン	与薬時間 (:)

くすり連絡票

年	月	日	ともっこ保育園
保護者氏名 ()			
連絡先 電話 ()			
児童名 () 組 氏名 ()			
医療機関			
病名			
持参した薬は () 月 () 日に処方された 1 回分			
薬の内容 (飲み薬・塗り薬)			
抗生物質・咳止め・風邪薬・その他 ()			
その他の注意事項			
薬剤情報提供 あり・なし			
受領者サイン			
投与者サイン			
予薬時間 (:)			

原則として薬の服用はご家庭でお願いしております。医師の指示でどうしても保育園での服用が必要な場合はくすり連絡票と薬剤情報提供書を添えて1回分だけ、お子様の名前、日付を記入して、登園の際に職員に手渡ししてください。

----- 切り取り線 -----

児童名 () 組 氏名 ()	
受領者サイン	
投与者サイン	与薬時間 (:)

切り取り線