

薬 連絡票

記入日： 年 月 日

クラス名		生年月日	年	月	日
子ども氏名		性別	男 ・ 女	歳	ヶ月
保護者名		保護者連絡先	()	—	
処方した病院名		病院連絡先	()	—	
病名 又は症状					
持参したくすり	年 月 日に処方されたうちの 1回分				
くすりの剤型 該当するものに○	粉()袋 ・ 液(シロップ) * 粉の場合は、 何袋か 記入して下さい。 外用薬()個 ・ その他()				
使用する日時 どちらかに○	食前 ・ 食後 ・ 昼寝前 ・ (時間)				
保管場所	室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他()				
くすりの内容 該当するものに○	抗生物質 ・ 解熱剤 ・ 咳止め ・ 下痢止め ・ かぜ薬 ・ 外用薬 ・ 点眼(両目・左・右) その他				
外用薬などの 使用法					
その他の 注意事項					

- * **とん服薬はお預かりできません。**
- * **外用薬の塗る場所はわかりやすく書いてください。**

保育園記載	受領日	/	/	/	/	/	/
	受領者サイン						
	投与時間						
	投与者サイン						

- * 同じ薬でしたら毎日記入しなくても、この用紙で **6日間** 利用できます。
- * 袋、薬などすべてに **クラス・名前** を書いて下さい。
- * 薬はまとめて **チャック式の袋** に入れて下さい。

