

薬 連絡票(アトピー)

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	()	—	
症状					
持参したくすり	年 月 日に処方されたもの				
使用する日時 どちらかに○	食後(着替え時) ・ (時間)				
くすりの内容 該当するものに○	軟膏の数()				
外用薬などの使用法	部位・塗る順番(2種類以上の軟膏がある時)				
その他の 注意事項					

* 外用薬の塗る部位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						
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 **12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。

