

お薬連絡票

依頼先 こばと保育園( )組

依頼者 保護者名 \_\_\_\_\_

子どもの名 \_\_\_\_\_

病院名 \_\_\_\_\_ ( )科

TEL \_\_\_\_\_

依頼日
/

\* 持参した薬は 年 月 日処方

～飲み薬～

・薬の種類と内容(該当するものに○印)

	抗生物質	解熱剤	咳止め	下痢止め	風邪薬	
粉1						
粉2						
粉3						
シロップ						

・薬を飲む時間 (○で囲む)

食前 食後

～目薬～

右眼 左眼 両方 (○印)

～塗り薬～

塗る場所 \_\_\_\_\_

目薬・塗り薬について。飲み薬と同様に1～3日程度の処方とさせていただきます。

お薬連絡票

依頼先 こばと保育園( )組

依頼者 保護者名 \_\_\_\_\_

子どもの名 \_\_\_\_\_

病院名 \_\_\_\_\_ ( )科

TEL \_\_\_\_\_

依頼日
/

\* 持参した薬は 年 月 日処方

～飲み薬～

・薬の種類と内容(該当するものに○印)

	抗生物質	解熱剤	咳止め	下痢止め	風邪薬	
粉1						
粉2						
粉3						
シロップ						

・薬を飲む時間 (○で囲む)

食前 食後

～目薬～

右眼 左眼 両方 (○印)

～塗り薬～

塗る場所 \_\_\_\_\_

目薬・塗り薬について。飲み薬と同様に1～3日程度の処方とさせていただきます。