くすり連絡票

クラス		令和　　年　　月　　日	
園児氏名		主治医	病院 医院
依頼者	父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・(　)		
病名	(または症状)		
①持参したくすりは　　年　　月　　日に　　日分処方されたもの			
②くすりの種類は　　粉　　・　錠剤　・　液(シロップ)　・　外用薬			
③くすりの内容:　かぜ薬　・　抗生剤　・　整腸剤　・　かゆみ止め ・ その他(　　)			
④内服時間:　食前　・　食後　・　その他(　　)			

月　日	月　　日	月　　日	月　　日	月　　日	月　　日
保護者サイン					
投与者サイン					

※お願い
①薬、②くすり連絡票、③薬剤情報提供書をひとまとめにして
職員室にある薬入れに入れてください。
薬が終了したら、くすり連絡票は園で保管しますので、返却してください。