薬の連絡票

太枠内に必要事項をご記入ください。

保護者名	
園児名	
主治医	
薬の処方日	

※当てはまる所に○印をつけてください。

薬の種類	・粉薬 ・水薬 ・点眼薬 ・点鼻薬 ・塗薬 ・その他 （　　）	病名	・風邪（発熱・咳・のど痛・腹痛 その他 ＿＿＿＿ ） ・下痢　・ぜんそく ・中耳炎　・アトピー ・結膜炎　・とびひ ・その他 （　　）
保管方法	室温・冷蔵庫・その他（　　）		
与薬日時	月　日　曜日 昼食前・昼食後・その他（　　）		
薬剤情報提供書	あり・なし　※調剤薬局の場合、必ずもらってください。		

保育園記載	受付保育士名	
	与薬看護師名	
	与薬日時	月　日　午前　時　分 午後　時　分
	特記事項	

・・・・・・・・・・・・・ 切り とり ・・・・・・・・・・・・・

保護者の方へ

園児名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿さん

日時：　月　日　時　分に服用・点薬・塗布しました。

看護師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

薬の連絡票

太枠内に必要事項をご記入ください。

保護者名	
園児名	
主治医	
薬の処方日	

※当てはまる所に○印をつけてください。

薬の種類	・粉薬 ・水薬 ・点眼薬 ・点鼻薬 ・塗薬 ・その他 （　　）	病名	・風邪（発熱・咳・のど痛・腹痛 その他 ＿＿＿＿ ） ・下痢　・ぜんそく ・中耳炎　・アトピー ・結膜炎　・とびひ ・その他 （　　）
保管方法	室温・冷蔵庫・その他（　　）		
与薬日時	月　日　曜日 昼食前・昼食後・その他（　　）		
薬剤情報提供書	あり・なし　※調剤薬局の場合、必ずもらってください。		

保育園記載	受付保育士名	
	与薬看護師名	
	与薬日時	月　日　午前　時　分 午後　時　分
	特記事項	

・・・・・・・・・・・・・ 切り とり ・・・・・・・・・・・・・

保護者の方へ

園児名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿さん

日時：　月　日　時　分に服用・点薬・塗布しました。

看護師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿