薬連絡票

依頼者(保護者名)	連絡先(TEL)
園児名	クラス名
病院名	主治医名
病　名(又は症状)	

①持参した薬は　平成　年　月　日　から　月　日迄の本日分です。

②使用する時間　食　前　・　食　後

園での食事は、おおよそ時間が決まっております。薬の与薬時間は、園の生活時間に合わせていただきますのでご了承ください。ご家庭での朝のお薬は 7:00～7:30 迄に飲ませてください。

③保管方法　室温のみ

④薬の内容（剤型を○で囲み、数量ご記入下さい。）

風邪薬	抗生剤	咳止め	整腸剤	その他
粉・液・錠	粉・液・錠	粉・液・錠	粉・液・錠	
(　)(　)(　)	(　)(　)(　)	(　)(　)(　)	(　)(　)(　)	

（自由欄）

◎　ご家庭での、朝の薬投与時間を必ず記入して下さい

家庭	月　日							
	(午前)時　間							
保育園	サイン							
	(午後)時　間							