

お薬連絡票(保護者記載用)

やわらぎ保育園

平成 年 月 日

依頼者

本日の連絡先

保護者名 \_\_\_\_\_ (印)

電話 \_\_\_\_\_

クラス名 \_\_\_\_\_ 組

園児名 \_\_\_\_\_

病院名 \_\_\_\_\_

主治医 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

病名(子どもの様子)

[ \_\_\_\_\_ ]

1. 持参した薬は 年 月 日に処方された 日分のうち1回分

2. 薬の剤型 (該当するものに○)

粉 ・ 液(シロップ) ・ 外用薬 ・ その他 ( )

3. 薬の内容

(薬名) \_\_\_\_\_

※朝、投与した時間  
時 分

(薬効) \_\_\_\_\_

※薬剤情報提供書または医師の指示書を参考に記入し、必ず添付してください。

4. 使用する日時

・ 昼 ( 食前: 種類 ・ 食後: 種類 )  
・ 時間指定 時: 種類

5. その他の注意事項 (薬の取り扱い方、飲ませる方法等)

受領者サイン	投与時刻	投与者サイン
	日 午前・午後 時 分	