

お薬連絡票(保護者記載用)

やわらぎ保育園

令和 年 月 日

依頼者

保護者名 \_\_\_\_\_ (印)

本日の連絡先

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)

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

- 持参した薬は 年 月 日に処方された 日分のうち1回分  
内服期間 年 月 日(朝・昼・夕) ~ 月 日(朝・昼・夕)
- 薬の剤型 (該当するものに○)  
粉 ・ 液(シロップ) ・ 外用薬 ・ 点眼薬(右・左・両眼) ・ その他( )
- 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。**
- 使用する日時  
・ 昼 (食前: 種類 ・ 食後: 種類)  
・ 時間指定 時: 種類
- 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	

