

薬の連絡票

与薬依頼書(1回分のみ!) 園児名

日付/ 年 月 日 () 保護者名

主治医 (病院名)

TEL

病名 (又は症状)

薬の種類/粉薬 (包) ・液 (シロップ cc) ・外用薬 ・その他

薬の内容/抗生物質 ・解熱剤 ・咳止め ・下痢止め ・かぜ薬 ・外用薬 ()

使用方法/食前 ・食間 ・食後 ・その他 ()

一番町保育園

受領者サイン

投与者サイン

投与時間

保管者サイン

実施状況など

-----切り取り線-----

薬の連絡票

与薬依頼書(1回分のみ!) 園児名

日付/ 年 月 日 () 保護者名

主治医 (病院名)

TEL

病名 (又は症状)

薬の種類/粉薬 (包) ・液 (シロップ cc) ・外用薬 ・その他

薬の内容/抗生物質 ・解熱剤 ・咳止め ・下痢止め ・かぜ薬 ・外用薬 ()

使用方法/食前 ・食間 ・食後 ・その他 ()

一番町保育園

受領者サイン

投与者サイン

投与時間

保管者サイン

実施状況など