お 薬 連 絡 票

依頼先　こばと保育園（　　）組宛
依頼者　保護者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
子ども名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
病院名 ＿＿＿＿＿＿（　　）科　Tel ＿＿＿＿＿＿

①持参した薬は　　年　　月　　日の処方です。
②薬の種類と内容（該当するものに〇印）

	抗生物質	解熱剤	咳止め	下痢止め	風邪薬	
粉1						
粉2						
粉3						
シロップ						
塗り薬	塗る場所			塗る時間		
点眼	右眼　左眼　両方　（〇印）			点眼時間		

③薬を飲む時間（〇で囲む）
食前　　食後　　食間　　午睡後

※その他の注意事項

投与者サイン									

お 薬 連 絡 票

依頼先　こばと保育園（　　）組宛
依頼者　保護者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
子ども名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
病院名 ＿＿＿＿＿＿（　　）科　Tel ＿＿＿＿＿＿

①持参した薬は　　年　　月　　日の処方です。
②薬の種類と内容（該当するものに〇印）

	抗生物質	解熱剤	咳止め	下痢止め	風邪薬	
粉1						
粉2						
粉3						
シロップ						
塗り薬	塗る場所			塗る時間		
点眼	右眼　左眼　両方　（〇印）			点眼時間		

③薬を飲む時間（〇で囲む）
食前　　食後　　食間　　午睡後

※その他の注意事項

投与者サイン									