

お薬連絡票

令和 年 月 日 新規 ・ 継続 (日頃まで)

クラス ぐみ 園児氏名			
病名 (または症状) *病名、もしくは症状を詳しく記入して下さい。			
病院名 病院 TEL () -			
体温 度 時 分現在 *登園前の体温を記入			
(薬名) *正式名称を記入して下さい			
(種類) 内服薬 (粉・水)・軟膏・点眼・その他 () *○で囲む			
(服用時間) *服用時間を記入、もしくは○で囲んで下さい 食前・食後 時頃 その他 ()			
(使用方法) *軟膏など部位や、点眼点鼻薬などは向かって右左どちらなど			
(その他の注意事項) *何か特別な事項があれば記入して下さい。			
こども園記載	(服用時間) 食前 ・ 食後 (:)		受領者サイン
			与薬者サイン
	(与薬状況など) 特にない場合は記入しません。		

*薬剤等の使用責任者は保護者です。

*継続して服用の場合は1週間ごと、同じ用紙で提出してください。