薬の連絡票（当日用）

医療機関からの処方のみ受け付けます。太枠内に必要事項をご記入下さい。

園児名	（　　組）		
保護者名			
病院名			
薬の処方日	令和　　年　　月　　日　（　　日分）		
※ 当てはまるところに〇印をつけ、数量などをご記入ください			
薬の種類	・ 粉薬（　　袋） ・ 水薬（　　本） ・ 点眼薬（　　本） （部位：右・左・両眼） ・ 塗薬（　　種類） （部位：　　） ・ その他（　　）	症状または病名	・ 風邪〔発熱・のど・鼻水 / 咳・腹痛・その他〕 ・ 下痢　・ ぜんそく ・ 中耳炎　・ アトピー ・ 結膜炎　・ とびひ ・ その他（　　）
保管方法	室温　・　冷蔵庫　・　その他（　　）		
与薬日時	月　　日　　曜日 食前　・　食後　・　その他（　　）		
※　お薬の情報提供書は、必ず薬に添えて職員に渡してください			

園記載	受付者名	
	与薬者名	
	与薬日時	月　　日　　時　　分
	特記事項	

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・きりとり・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

◆ 保護者の方へ◆

園 児 名　　さん

日 時　　月　　日　　時　　分に、服用・点薬・塗布しました。

担 当 者 名

薬の連絡票（当日用）

医療機関からの処方のみ受け付けます。太枠内に必要事項をご記入下さい。

園児名	（　　組）		
保護者名			
病院名			
薬の処方日	令和　　年　　月　　日　（　　日分）		
※ 当てはまるところに〇印をつけ、数量などをご記入ください			
薬の種類	・ 粉薬（　　袋） ・ 水薬（　　本） ・ 点眼薬（　　本） （部位：右・左・両眼） ・ 塗薬（　　種類） （部位：　　） ・ その他（　　）	症状または病名	・ 風邪〔発熱・のど・鼻水 / 咳・腹痛・その他〕 ・ 下痢　・ ぜんそく ・ 中耳炎　・ アトピー ・ 結膜炎　・ とびひ ・ その他（　　）
保管方法	室温　・　冷蔵庫　・　その他（　　）		
与薬日時	月　　日　　曜日 食前　・　食後　・　その他（　　）		
※　お薬の情報提供書は、必ず薬に添えて職員に渡してください			

園記載	受付者名	
	与薬者名	
	与薬日時	月　　日　　時　　分
	特記事項	

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・きりとり・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

◆ 保護者の方へ◆

園 児 名　　さん

日 時　　月　　日　　時　　分に、服用・点薬・塗布しました。

担 当 者 名