


## 薬の連絡票

太枠内に必要事項をご記入下さい。

保護者名			
園児名	( ) 組)		
主治医	( ) 病院・医院)		
薬の処方日	平成 年 月 日 ( ) 日分)		
※ 当てはまるところに○印をつけてください。			
薬 の 種 類	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 粉薬</li> <li>・ 水薬</li> <li>・ 点眼薬</li> <li>・ 点鼻薬</li> <li>・ 塗薬</li> <li>・ その他 ( )</li> </ul>	病    名	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 風邪（発熱・咳・のど痛）</li> <li>・ その他 ( )</li> <li>・ 下痢           ・ ぜんそく</li> <li>・ 中耳炎       ・ アトピー</li> <li>・ 結膜炎       ・ とびひ</li> <li>・ その他 ( )</li> </ul>
保管方法	室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他 ( )		
与薬日時	月 日 曜日 昼食前 ・ 昼食後 ・ その他 ( )		
薬剤情報提供書	あり ・ なし ※ 調剤薬局の場合、必ずもらってください。		
園 記 載	受付者名		
	与薬者名		
	与薬日時	月 日	午前 時 分 午後 時 分
	特記事項		

.....きりとり.....


<p>◆ 保護者の方へ</p> <p>園児名 _____ さん</p> <p>日 時 _____ 月 日 _____ 時 分に</p> <p>_____ 服用 ・ 点薬 ・ 塗布しました。</p> <p>担当者名 _____</p>	
--	--

# 薬の連絡票

太枠内に必要事項をご記入下さい。

保護者名					
園児名	( )組				
主治医	( )病院・医院				
薬の処方日	平成	年	月	日	( )日分
※ 当てはまるところに○印をつけてください。					
薬の種類	・ 粉薬	病名	・ 風邪 (発熱・咳・のど痛)		
	・ 水薬		その他 ( )		
	・ 点眼薬		・ 下痢	・ ぜんそく	
	・ 点鼻薬		・ 中耳炎	・ アトピー	
	・ 塗薬		・ 結膜炎	・ とびひ	
	・ その他 ( )		・ その他 ( )		
保管方法	室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他 ( )				
与薬日時	月 日 曜日 昼食前 ・ 昼食後 ・ その他 ( )				
薬剤情報提供書	あり ・ なし ※ 調剤薬局の場合、必ずもらってください。				
園記載	受付者名				
	与薬者名				
	与薬日時	月	日	午前	時 分
				午後	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 _____	
---	--