

お薬連絡票（保護者記載用）

提出日：令和 年 月 日

依頼先	星の子保育園				
児童名		保護者氏名	⑧		
病名		病院名			
		病院での 処方日			
薬の名前と 種類	薬の名前	粉薬	シロップ	塗薬	点眼
	薬の名前	粉薬	シロップ	塗薬	点眼
	薬の名前	粉薬	シロップ	塗薬	点眼
	薬の名前	粉薬	シロップ	塗薬	点眼
	計（ ）個				
薬の内容	抗生物質 ・ 解熱剤 ・ 咳止め ・ 下痢止め ・ かぜ薬				
与薬する時間	食前 ・ 食後 ・ その他（ ）				
与薬するときの注意事項					
使用日	/ 月	/ 火	/ 水	/ 木	/ 金
受付者サイン					
与薬者サイン					
実施状況など					

飲み薬については、医師より処方された薬のみ（市販薬は不可）お預かりすることができます。

- 記入漏れのないようお願いします。
- 使用予定日をはじめにすべて記入してください。毎回お返ししますので、その都度お薬一回分と連絡票を持参してください。お薬連絡票は、最終日に回収します。
- 捺印を忘れずにしてください。
- 薬1回分とお薬連絡票は、必ず職員に手渡ししてください。

※ 以上のことを守っていただけない場合は、投与できないことがありますので、ご注意ください。