

くすり連絡票

年 月 日記載

保 護 者 記 載	依頼者	保護者氏名	連絡先電話			
		児童氏名	男・女 クラス ()		歳	
	病院・ 医院名					
	病名 (または症状)					
保 育 園 記 載	①処方日:	年 月 日	() 日分処方			
	②くすりの内容:	抗生物質 ・ 咳止め ・ 整腸剤 ・ その他 ()				
	③くすりの剤型:	粉 ・ 液 (シロップ) その他 ()				
	⑤服用時間:	食前 ・ 食後				
	④保管方法:	室温 ・ 冷蔵庫				
	⑤副作用の現れる恐れがあります。下記の事項のどちらかにチェックをして下さい。	<input type="checkbox"/> すでに家庭で服用し、安全が確認できている <input type="checkbox"/> 保育園での使用は初めてだが、与薬の責任は保護者が負う				
保 育 園 記 載	期日	受領者		投与者		保護者サイン
		くすりの種類	サイン	時 間	サイン	
	月 日			:		
	月 日			:		
	月 日			:		
	月 日			:		
	月 日			:		
	月 日			:		
<ul style="list-style-type: none"> ・のみ薬は当日昼の1回分のみです。 ・薬の説明書が必要です。 ・薬は保育士に手渡して下さい。 ・薬包等になまえを書いて下さい。 						