

くすり連絡票

依頼日	平成 年 月 日 (曜日)
依頼先	すぎのこ小規模保育園
クラス	りす ・ やぎ ・ ぱんだ
園児名	
保護者名	印 (又はサイン)
病院名	
病名 (又は症状)	
持参したくすりは	年 月 日から 年 月 日までの1回分づつ
*該当するものに○で囲んでください	
保管方法	室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他 ()
くすりの種類	粉・ 液 (シロップ) ・ 外用薬 ・ その他 ()
くすりの内容	抗生物質 ・ 整腸剤 ・ かぜ薬 (咳・鼻水)
使用する時間	給食前 ・ 給食後 ・ その他 ()
外用薬	軟膏 (クリーム) ・ 目薬 ・ 耳薬 ・ 湿布薬 ・ その他 ()
外用薬使用方法	
その他の注意事項 (飲み方等)	
薬剤情報提供書 (有 ・ 無)	

～注意事項～

- ・お薬は必ず1回分を持参してください (シロップは1回分を小さな容器に移してください)
- ・お薬の袋・容器にもお子さんの名前フルネームで記入をお願いします。
- ・保育園では医師の指示のもと処方薬を与薬しています。処方の切れたお薬・市販のお薬は与薬することはできませんのでご了承お願い致します。

保育園記載

使用日	/	/	/	/	/	/
受領サイン						
与薬サイン	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)
使用日	/	/	/	/	/	/
受領サイン						
与薬サイン	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)