

くすり連絡票 (1週間分用)

令和 年 月 日記

依頼先 保育園名 さくら保育園						
依頼者 保護者氏名		印		連絡先 TEL		
子ども氏名		男・女		歳		ヶ月
病院名		病院・医院		TEL - -		
病名(又は症状)						
(該当するものには○)						
① 持参した薬は 年 月 日に処方された 日分のうちの本日分						
② 保管は 室温・冷蔵庫・その他()						
③ 薬の剤型 粉・液(シロップ)・外用薬・その他()						
調剤内容(薬の名前)						
薬剤情報提供書 あり・なし						
④ 薬の飲み方・使用方法						
食事(おやつ)の 分前・ 分後・その他()						
その他具体的に()						
月日	/	/	/	/	/	/
印						
朝、内服した時間	:	:	:	:	:	:
⑤ その他の注意事項						
保育園記載事項(実施状況など)						
月日	/	/	/	/	/	/
投薬時間	:	:	:	:	:	:
投薬者名						
確認者名						

※薬の投与に関し、当さくら保育園では充分なご理解とご協力を得られるように努めますが、保護者の方は連絡票に基づき、投与者に一任して頂きます。

保護者名

印