

薬・連絡票

(保護者記載)

令和	年	月	日			
組		園児氏名				
保護者氏名			(印)			
※自署の場合押印不要						
主治医 又は 病院名	雄勝中央病院・平鹿総合病院・復古堂医院・すずき皮膚科クリニック その他()					
病名						
①持参した薬＝ 年 月 日に処方された 日分のうちの 日分						
②薬の内容＝ 抗アレルギー薬・その他()						
③薬の剤型＝ 粉薬(包)・液体(シロップ)(本)・軟膏(部位) 目薬(左・右)・その他()						
④保管方法＝ 室温・冷蔵庫・その他()						
⑤使用する時間＝ 月 日～ 日 食前・食後・その他()						
/	月	火	水	木	金	土
受任者氏名						
投与者氏名						
与薬時間						
備考						

----- きりとりせん -----

保護者様

令和 年 月 日

薬・確認票

(園記載)

園児氏名						
/	月	火	水	木	金	土
受任者氏名						
投与者氏名						
与薬時間						
備考						