

おがちこども園

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						