

連絡票

年 月 日
より1週間有効

依頼者	保護者氏名			
	子ども氏名	組		
主治医		病院・医院		
持参した薬		年 月 日処方	日～	日
病名				
薬の内容		かぜ薬・咳止め・整腸剤・外用薬 (抗生物質)・その他()		
量		()包		
薬の剤型		粉・液(シロップ)・外用薬・目薬・その他		
与薬する時		食事の前・後	その他()	
※1回分の薬の袋にもクラス名・名前を必ず記入して下さい				

1. 保育園では、原則として薬の使用はできません
1. どうしても必要な場合医師が処方した薬のみ、「連絡票」とともに薬の袋に名前を記入して
1. 1回分をおたより帳に入れてください
1. 市販の薬や以前処方されて残った薬については使用できません
1. 「連絡票」に記入漏れがある場合は飲ませることはできません
1. 「連絡票」は各自コピーして使用してください

----- キリトリ -----

----- キリトリ -----

連絡票

年 月 日
より1週間有効

依頼者	保護者氏名			
	子ども氏名	組		
主治医		病院・医院		
持参した薬		年 月 日処方	日～	日
病名				
薬の内容		かぜ薬・咳止め・整腸剤・外用薬 (抗生物質)・その他()		
量		()包		
薬の剤型		粉・液(シロップ)・外用薬・目薬・その他		
与薬する時		食事の前・後	その他()	
※1回分の薬の袋にもクラス名・名前を必ず記入して下さい				

1. 保育園では、原則として薬の使用はできません
1. どうしても必要な場合医師が処方した薬のみ、「連絡票」とともに薬の袋に名前を記入して
1. 1回分をおたより帳に入れてください
1. 市販の薬や以前処方されて残った薬については使用できません
1. 「連絡票」に記入漏れがある場合は飲ませることはできません
1. 「連絡票」は各自コピーして使用してください