

くすり連絡票

年 月 日

依頼先	認定こども園大津保育園						
依頼者	保護者名 ㊞						
	連絡先 電話 携帯 緊急時連絡先						
	園児名 男・女 歳 か月						
主治医	氏名						
	電話 () FAX () (病院・医院・クリニック)						
病名 (または症状)							
①持参した薬	月 日に処方された薬です						
②保管場所	室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他						
③薬の種類	粉末 ・ 液体 ・ 外用薬 ・ その他 抗生物質 ・ 解熱剤 ・ 咳止め 風邪薬 ・ 整腸剤						
④薬の名前	※合計 () 種類です。						
⑤使用する日時	年 月 日 ~ 月 日 食前 食後 食間						
⑥外用薬の使用法							
こども園記載欄		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
	受領者						
	投与者						
	投与時間	:	:	:	:	:	:
	備考						

くすり連絡票

年 月 日

依頼先	認定こども園大津保育園						
依頼者	保護者名 ㊞						
	連絡先 電話 携帯 緊急時連絡先						
	園児名 男・女 歳 か月						
主治医	氏名						
	電話 () FAX () (病院・医院・クリニック)						
病名 (または症状)							
①持参した薬	月 日に処方された薬です						
②保管場所	室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他						
③薬の種類	粉末 ・ 液体 ・ 外用薬 ・ その他 抗生物質 ・ 解熱剤 ・ 咳止め 風邪薬 ・ 整腸剤						
④薬の名前	※合計 () 種類です。						
⑤使用する日時	年 月 日 ~ 月 日 食前 食後 食間						
⑥外用薬の使用法							
こども園記載欄		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
	受領者						
	投与者						
	投与時間	:	:	:	:	:	:
	備考						