

くすり連絡票

年 月 日

依頼先	認定こども園みなみ保育園						
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	認定こども園みなみ保育園						
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						