

お薬連絡票（飲み薬用）

提出日：令和 年 月 日

依頼先	わらび星の子保育園					
児童名		保護者氏名	⑩			
病名		病院名				
		病院での処方日				
薬の名前と種類	薬の名前	粉薬 シロップ		計（ ）個		
	薬の名前	粉薬 シロップ				
	薬の名前	粉薬 シロップ				
	薬の名前	粉薬 シロップ				
薬の内容	抗生物質 ・ 解熱剤 ・ 咳止め ・ 下痢止め ・ かぜ薬					
与薬する時間	食前 ・ 食後 ・ その他（ ）					
与薬するときの注意事項						
使用日	/	/	/	/	/	/
受付者サイン						
与薬者サイン						
実施状況など						

- ・ 飲み薬については、医師より処方された薬のみ（市販薬は不可）お預かりすることができ
- ・ 記入漏れのないようお願いします。
- ・ 使用予定日をはじめにすべて記入してください。毎回お返ししますので、その都度お薬-連絡票を持参してください。お薬連絡票は、最終日に回収します。（一週間で一枚）
- ・ 捺印を忘れずにしてください。（拇印可）
- ・ 薬1回分とお薬連絡票は、必ず職員に手渡ししてください。

※ 以上のことを守っていただけない場合は、投与できないことがありますので、ご注意く