

与薬連絡票（保護者記入）

令和 年 月 日（ ）			
児童氏名		（ 組）	
主治医		医院	先生
電 話		（ ）	
病状（または症状）			
持参した薬 年 月 日に処方された 日分のうち本日分			
薬 の 内 容 内服薬（例：抗生物質 ） / 外用薬（ ） / 点眼			
その他（ ）			
使用する時間		食前	食後 食間
その他具体的に（ ）			
内服薬の飲ませ方・外用薬の使用方法など			
その他注意事項			

※太枠内を記入してください。以下こども学園記載

与薬者サイン _____

与 薬 時 刻 月 日 時 分

✂-----

児 童 氏 名 _____

受 領 者 _____

受 領 時 刻 月 日 時 分

与薬者サイン _____

与 薬 時 刻 月 日 時 分

服用状況など
～保護者の方へ～

- ・ 未記入の場合は与薬できません
- ・ 園の諸事情により依頼通りの与薬ができない場合もありますのでご了承ください
- ・ 与薬については保護者の責任となりますのでご了承ください