

与薬連絡票（保護者記載用）

パルティ道教寺

保護者氏名		㊞ 連絡先電話		
園児氏名		クラス名		
病 院 名		電 話		
病 名 （ 症 状 ）				
①処方日		年	月	日
②使用日		月	日	～ 月 日
③保管方法		室温・冷蔵庫・その他（ ）		
薬の種類と与薬時間				
水薬	つ	食 前 ・ 食 後 ・ そ の 他 （ ）		
粉薬	包	食 前 ・ 食 後 ・ そ の 他 （ ）		
点眼薬	本	時 間 （ ） 両 眼 ・ 右 眼 ・ 左 眼		
塗り薬	つ	時 間 （ ） 部 位 （ ）		
その他	個	備 考		
与薬日	依頼者サイン	受領者サイン	与薬者サイン	与薬時間
／				：
／				：
／				：
／				：
／				：
／				：
				保 護 者 最終確認

- ・毎日、薬の説明書を添えてください。
- ・必ず1回分ずつ入れてください。
- ・薬袋や容器にも名前を記入してください。
- ・市販のお薬はお預かりできません。
- ・長期与薬が必要な場合、事前に園に相談をし、園長の承認を受けてください。
- ・与薬最終日に確認印を押し、園に提出してください。

与薬連絡票（保護者記載用）

パルティ道教寺

保護者氏名		㊞ 連絡先電話		
園児氏名		クラス名		
病 院 名		電 話		
病 名 （ 症 状 ）				
①処方日		年	月	日
②使用日		月	日	～ 月 日
③保管方法		室温・冷蔵庫・その他（ ）		
薬の種類と与薬時間				
水薬	つ	食 前 ・ 食 後 ・ そ の 他 （ ）		
粉薬	包	食 前 ・ 食 後 ・ そ の 他 （ ）		
点眼薬	本	時 間 （ ） 両 眼 ・ 右 眼 ・ 左 眼		
塗り薬	つ	時 間 （ ） 部 位 （ ）		
その他	個	備 考		
与薬日	依頼者サイン	受領者サイン	与薬者サイン	与薬時間
／				：
／				：
／				：
／				：
／				：
／				：
				保 護 者 最終確認

- ・毎日、薬の説明書を添えてください。
- ・必ず1回分ずつ入れてください。
- ・薬袋や容器にも名前を記入してください。
- ・市販のお薬はお預かりできません。
- ・長期与薬が必要な場合、事前に園に相談をし、園長の承認を受けてください。
- ・与薬最終日に確認印を押し、園に提出してください。