

くすり連絡票

年	月	日	ともっこキッズ
保護者氏名 ()			
連絡先 電話 ()			
児童名 ()組 氏名 ()			
医療機関			
病名			
持参した薬は ()月 ()日 に処方された 1回分			
薬の内容 (飲み薬 ・ 塗り薬) 抗生物質 ・ 咳止め ・ 風邪薬 ・ その他 ()			
その他の注意事項			
薬剤情報提供書 (あり ・ なし)			
受領者サイン			
投与者サイン			
与薬時間 (:)			

原則として、薬の服用はご家庭でお願いしております。医師の指示で、どうしても保育園での服用が必要な場合は、くすり連絡票 と 薬剤情報提供書 を添えて1回分だけ、お子様の名前、日付を記入して、登園の際に職員に手渡しして下さい。

児童名 ()組 氏名 ()	
受領者サイン	
投与者サイン	与薬時間 (:)

くすり連絡票

年	月	日	ともっこキッズ
保護者氏名 ()			
連絡先 電話 ()			
児童名 ()組 氏名 ()			
医療機関			
病名			
持参した薬は ()月 ()日 に処方された 1回分			
薬の内容 (飲み薬 ・ 塗り薬) 抗生物質 ・ 咳止め ・ 風邪薬 ・ その他 ()			
その他の注意事項			
薬剤情報提供書 (あり ・ なし)			
受領者サイン			
投与者サイン			
与薬時間 (:)			

原則として、薬の服用はご家庭でお願いしております。医師の指示で、どうしても保育園での服用が必要な場合は、くすり連絡票 と 薬剤情報提供書 を添えて1回分だけ、お子様の名前、日付を記入して、登園の際に職員に手渡しして下さい。

児童名 ()組 氏名 ()	
受領者サイン	
投与者サイン	与薬時間 (:)