

おくすり連絡票

平成 年 月 日

依頼先：園名 **しらゆきこども園** 宛

依頼者：保護者氏名 (印) 連絡先：(- -)
 子ども氏名 男・女 歳 ヶ月 日

主治医： (印) 電話：(- -)

病名(または症状)

① 持参したくすりは、 年 月 日に処方された 日分のうちの本日分

② 保管は、 室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他()

③ くすりの剤型は、
 粉 ・ 液(シロップ) ・ 外用薬 ・ その他()

④ くすりの内容は、
 抗生物質 ・ 解熱剤 ・ 咳止め ・ かぜ薬 ・ 外用薬()

調剤内容

⑤ 使用する日時： 年 月 日 ~ 月 日
 食前 ・ 食後 ・ その他()

⑥ 外用薬などの使用法：

⑦ その他の注意事項：
 薬剤情報提供書： あり ・ なし

園職員記入	受領(保管)者サイン： 月 日() : []		
	投与者サイン	状況など	確認者
	/ () : []		
	/ () : []		
	/ () : []		
	/ () : []		
	/ () : []		