

薬連絡表 (保護者記載)

依頼者	園児氏名 組	保護者氏名 *必ず保護者の印鑑が必要です。 印
病名 (症状)		病院名 ・小児科・病院(医院) ・耳鼻科・クリニック
使用日時	年 月 日 (曜日)	
	・昼食前 ・昼食後 ・15:00 ・その他 (時 分頃)	
薬の内容 (種類)	・抗生剤・風邪薬・鼻炎薬・咳止め・整腸剤・下痢止め・吐き気止め ・目薬・塗り薬・その他 ()	
薬の分類	・粉 (包)・液(シロップ)・錠剤 (錠) ・目薬 (本)・塗り薬 (種類)・その他 ()	
薬の使用方法・注意事項 *解熱剤・坐薬・市販の薬はお預かりできません。 与薬者 印		

機
お預かりした薬は 月 日 (曜日) ・昼食前 ・昼食後 ・その他 (時 分) に服用(使用)しました。 与薬者 印

薬連絡表 (保護者記載)

依頼者	園児氏名 組	保護者氏名 *必ず保護者の印鑑が必要です。 印
病名 (症状)		病院名 ・小児科・病院(医院) ・耳鼻科・クリニック
使用日時	年 月 日 (曜日)	
	・昼食前 ・昼食後 ・15:00 ・その他 (時 分頃)	
薬の内容 (種類)	・抗生剤・風邪薬・鼻炎薬・咳止め・整腸剤・下痢止め・吐き気止め ・目薬・塗り薬・その他 ()	
薬の分類	・粉 (包)・液(シロップ)・錠剤 (錠) ・目薬 (本)・塗り薬 (種類)・その他 ()	
薬の使用方法・注意事項 *解熱剤・坐薬・市販の薬はお預かりできません。 与薬者 印		

機
お預かりした薬は 月 日 (曜日) ・昼食前 ・昼食後 ・その他 (時 分) に服用(使用)しました。 与薬者 印