

「お薬連絡票（与薬依頼書）」

保護者記載用

申込日 令和 年 月 日							
依頼先	わかくさ保育園						
依頼者	保護者氏名						
クラス	()組						
	子ども氏名			男 ・ 女			
病院	() 病院・医院						
	電話			主治医			
病名又は 症状							
薬の説明	指定日	年 月 日 () ~ 日 () (毎月曜日更新)					
	内 容	抗生物質	咳止め	下痢止め	かぜ薬	整腸剤	
	↓ 薬剤の色						
	↓ 剤 型	粉・液・錠	粉・液・錠	粉・液・錠	粉・液・錠	粉・液・錠	粉・液・錠
	使用法	外用薬の場合 ()					
	使用時間	・ 昼食前		・ 昼食後			
	その他	注意事項等					

保育園記入欄

月日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
曜日	月	火	水	木	金	土	日
受取者							
投与者							
投与時間							
確認事項等	登園許可証 有・無						
備 考							
園長印							

注) 医療機関の薬のみ、2種類まで預かり