

お薬連絡票（保護者記載用）

みどり・あか・もも・きい・あお・しろ 組

園児氏名 _____

保護者氏名 _____ 印

病院名 _____ 病院・医院

病名 _____

症状 鼻水・咳・かゆみ・発疹・下痢・吐き気

その他 (_____)

薬の処方日及び期間 年 月 日から 日間分

薬の保管 室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他 (_____)

薬の形状 粉 ・ 錠剤 ・ 液体（シロップ） ・ 点眼薬 ・ 外用薬 ・ 座薬
その他 (_____)

薬の内容 抗生剤 ・ 咳止め ・ 整腸剤 ・ 下痢止め ・ 解熱鎮痛剤
かゆみ止め ・ 吐き気止め ・ その他 (_____)

薬剤情報提供書 あり ・ なし

使用する時間 食前 ・ 食後 ・ 食間 その他時間指定など (_____)

内服薬の飲ませ方 水に溶く・直接口に入れる・練って口に含む (_____)

外用薬、点眼薬などの使用法

その他 注意事項

日付	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
受領者名						
投与者名						
受け渡し者名						
日付	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
受領者名						
投与者名						
受け渡し者名						