

連絡票 (保護者記載用)

月 日記

依頼先 保育園名 伊敷同朋保育園

依頼者 保護者名 ⑩ 連絡先 ☎

園児名 歳 か月

主治医 _____ 病院 (医院) ☎

病名

(又は症状)

※持参される薬には、フルネームで記名をお願い致します。

※シロップは1回分を持参してください。

(該当するものに○または明記)

(1) 持参した薬は 令和 年 月 日に処方された 日分のうち本日分

(2) 保管は 室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他 ()

(3) 薬の剤型 粉 (包) ・ 液 (シロップ) ・ 外用薬 ・ その他 ()

(4) 薬の内容 抗生物質 ・ 解熱剤 ・ 咳止め ・ 下痢止め ・ かぜ薬 ・ 外用薬 ()

(5) 使用する日時 令和 年 月 日 (曜日)

食前 (分) ・ 食後 (分)

その他具体的に ()

(6) 外用薬の使用法

(7) その他の注意事項

投薬者

受領者サイン _____

月 日

キリトリセン

様

月 日 時 分に投薬致しました。

投薬者サイン _____