

与薬連絡票

令和 年 月 日

依頼先 かじのきこども園

下記の園児について、医師の診察を受けたところ、下記の保護者記入欄の内容のと通りの指示がありましたので、私にかわってこども園での与薬をお願いいたします。

- ※□の中に、☑をお願い致します。
- 持参した薬は ☐ 医師が処方した薬です。
 ☐ 薬は1回分ずつに分けています。当日分のみ持参しました。
 ☐ 薬の袋や容器に子どもの氏名(フルネーム)を明記しています。

依頼者	クラス名	組			
	園児名				
	保護者	④			
医療機関名					
病名(症状)					
使用時		月 日 ~ 月 日	薬の処方日 年 月 日		
1	種類	粉・液・外用薬・その他()	保管	室温・冷蔵庫	
	内容	抗生物質・かぜ薬・外用薬・その他()	与薬時間	食前・食間・食後 その他()	
2	種類	粉・液・外用薬・その他()	保管	室温・冷蔵庫	
	内容	抗生物質・かぜ薬・外用薬・その他()	与薬時間	食前・食間・食後 その他()	
3	種類	粉・液・外用薬・その他()	保管	室温・冷蔵庫	
	内容	抗生物質・かぜ薬・外用薬・その他()	与薬時間	食前・食間・食後 その他()	
その他 特 記					

※注意事項
○職員に直接、手渡しして下さい。

【こども園記載事項】

与薬日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
受領者サイン						
与薬時間	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分
投与者サイン						

園長印	主幹印	担任印

【こども園記入欄】

与薬日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
受領者サイン						
与薬時間	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分
投与者サイン						

与薬日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
受領者サイン						
与薬時間	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分
投与者サイン						

与薬日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
受領者サイン						
与薬時間	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分
投与者サイン						

与薬日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
受領者サイン						
与薬時間	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分
投与者サイン						

与薬日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
受領者サイン						
与薬時間	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分
投与者サイン						