

# 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お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	印		
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						