

お薬連絡票

記入漏れのないよう必要事項をご記入の上、担任または職員に薬と一緒にお渡してください。市販の薬はお預かりいたしません。

依頼日	平成 年 月 日 (当日のみ有効)
依頼先	みのりヶ丘 保育園
園児名	組
病名	
病院名	
記入者名	印
薬の内容	病院での処方日 H 年 月 日 ・抗生剤 ・下痢止め ・咳止め ・塗り薬 ・目薬 ・整腸剤 ・その他()
薬の総数	包
投薬時間	・昼食前 ・昼食後 ・その他()
注意事項	
投与状況	受付職員 印 投与職員 印 _____ 時 分投与

※薬に直接 名前、日付、投薬時間、包数を書いてください。