

お薬連絡票

ご記入の上、保育士に薬と一緒に お渡し下さい。
【解熱剤・市販の薬はお預かりできません。】

依頼日 令和 年 月 日		
依頼先 長野こども学園		
組名		
園児名		保護者名 (印)
病名	病院名	病院での処方日 年 月 日
薬の内容 抗生剤・下痢止め・咳止め 外用薬（塗薬・点眼）		
昼食前	時	水・粉（ ）・塗（ ）
昼食後	時	水・粉（ ）・塗（ ）
3時おやつ前	時	水・粉（ ）・塗（ ）
3時おやつ後	時	水・粉（ ）・塗（ ）
受付保育士 (印)		投与保育士 (印)