

お薬連絡票(塗り薬長期用)

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。各月最長1カ月】

※ただし、月の途中でお預かりした場合でも月末に一度返却となります。

依頼日	年	月	日	～	年	月	日
依頼先	長野こども学園						
組名							
園児名	保護者名						
病名				病院名			
病院での処方日	年	月	日				
薬の内容	外用薬(塗り薬)						
どのような症状の時							
処方の仕方(できるだけ詳しく)							
受付保育士	返却確認						
	保護者名			返却日			
				年	月	日	

受付保育士	途中返却確認						
	保護者名			返却日			
				年	月	日	