

お薬連絡票

令和 年 月 日

中城ひらやすこども園宛

保護者氏名 _____

子ども氏名 _____ クラス名 _____

病院名 _____

病名（症状） _____

- ・保管 室温 冷蔵庫 その他
- ・薬の種類 風邪薬 整腸剤 抗生剤 その他 ()
- ・薬の形態 粉(袋) シロップ(個) 点眼 その他
- ・使用期間 令和 年 月 日 ~ 月 日
- ・服用時間
 昼食前 昼食後 食間 おやつ前 おやつ後 その他
- ・その他の注意事項 ()

保育園記載

与薬日						
与薬者 サイン						

- ・お薬と連絡票は、登園時に看護師か保育士に手渡してお預け下さい。
- ・薬の説明書も一緒にお持ち下さい。与薬時に薬の内容を確認します。
- ・この用紙をコピーして、ご使用下さい。

中城ひらやすこども園

お薬連絡票

令和 年 月 日

中城ひらやすこども園宛

保護者氏名 _____

子ども氏名 _____ クラス名 _____

病院名 _____

病名（症状） _____

- ・保管 室温 冷蔵庫 その他
- ・薬の種類 風邪薬 整腸剤 抗生剤 その他 ()
- ・薬の形態 粉(袋) シロップ(個) 点眼 その他
- ・使用期間 令和 年 月 日 ~ 月 日
- ・服用時間
 昼食前 昼食後 食間 おやつ前 おやつ後 その他
- ・その他の注意事項 ()

保育園記載

与薬日						
与薬者 サイン						

- ・お薬と連絡票は、登園時に看護師か保育士に手渡してお預け下さい。
- ・薬の説明書も一緒にお持ち下さい。与薬時に薬の内容を確認します。
- ・この用紙をコピーして、ご使用下さい。

中城ひらやすこども園