

投薬連絡票 (保護者記載用)

依頼日	令和 年 月 日
依頼先	日の里東保育園
依頼者	保護者氏名 () 印) 連絡先☎ () 園児氏名 () 月齢 (歳 ヶ月)
主治医	() 病院・医院) 連絡先☎ ()
病名 (又は病状)	
①持参した薬は	令和 年 月 日に処方された 日分のうちの本日分
②保管は	室温・冷蔵庫・その他 ()
③薬の剤形	粉・液体・外用薬・その他 ()
④薬の内容は	抗生剤・解熱剤・咳止め・下痢止め・風邪薬 外用薬 ()
⑤使用する時間	<input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> おやつ後 (<input type="checkbox"/> 午前 / <input type="checkbox"/> 午後) <input type="checkbox"/> その他 (<input type="checkbox"/> 午前 時 分 / <input type="checkbox"/> 午後 時 分)
⑥外用薬などの使用法	
⑦その他の注意事項	
薬剤情報提供書 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
保育園記載	受領者サイン _____ 保管日時 (月 日 時 分) 投与者サイン _____ 投与日時 (月 日 時 分)

投薬連絡票 (保護者記載用)

依頼日	令和 年 月 日
依頼先	日の里東保育園
依頼者	保護者氏名 () 印) 連絡先☎ () 園児氏名 () 月齢 (歳 ヶ月)
主治医	() 病院・医院) 連絡先☎ ()
病名 (又は病状)	
①持参した薬は	令和 年 月 日に処方された 日分のうちの本日分
②保管は	室温・冷蔵庫・その他 ()
③薬の剤形	粉・液体・外用薬・その他 ()
④薬の内容は	抗生剤・解熱剤・咳止め・下痢止め・風邪薬 外用薬 ()
⑤使用する時間	<input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> おやつ後 (<input type="checkbox"/> 午前 / <input type="checkbox"/> 午後) <input type="checkbox"/> その他 (<input type="checkbox"/> 午前 時 分 / <input type="checkbox"/> 午後 時 分)
⑥外用薬などの使用法	
⑦その他の注意事項	
薬剤情報提供書 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
保育園記載	受領者サイン _____ 保管日時 (月 日 時 分) 投与者サイン _____ 投与日時 (月 日 時 分)

投薬連絡票 (保護者記載用)

依頼日	令和 年 月 日
依頼先	日の里東保育園
依頼者	保護者氏名 () 印) 連絡先☎ () 園児氏名 () 月齢 (歳 ヶ月)
主治医	() 病院・医院) 連絡先☎ ()
病名 (又は病状)	
①持参した薬は	令和 年 月 日に処方された 日分のうちの本日分
②保管は	室温・冷蔵庫・その他 ()
③薬の剤形	粉・液体・外用薬・その他 ()
④薬の内容は	抗生剤・解熱剤・咳止め・下痢止め・風邪薬 外用薬 ()
⑤使用する時間	<input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> おやつ後 (<input type="checkbox"/> 午前 / <input type="checkbox"/> 午後) <input type="checkbox"/> その他 (<input type="checkbox"/> 午前 時 分 / <input type="checkbox"/> 午後 時 分)
⑥外用薬などの使用法	
⑦その他の注意事項	
薬剤情報提供書 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
保育園記載	受領者サイン _____ 保管日時 (月 日 時 分) 投与者サイン _____ 投与日時 (月 日 時 分)

投薬連絡票 (保護者記載用)

依頼日	令和 年 月 日
依頼先	日の里東保育園
依頼者	保護者氏名 () 印) 連絡先☎ () 園児氏名 () 月齢 (歳 ヶ月)
主治医	() 病院・医院) 連絡先☎ ()
病名 (又は病状)	
①持参した薬は	令和 年 月 日に処方された 日分のうちの本日分
②保管は	室温・冷蔵庫・その他 ()
③薬の剤形	粉・液体・外用薬・その他 ()
④薬の内容は	抗生剤・解熱剤・咳止め・下痢止め・風邪薬 外用薬 ()
⑤使用する時間	<input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> おやつ後 (<input type="checkbox"/> 午前 / <input type="checkbox"/> 午後) <input type="checkbox"/> その他 (<input type="checkbox"/> 午前 時 分 / <input type="checkbox"/> 午後 時 分)
⑥外用薬などの使用法	
⑦その他の注意事項	
薬剤情報提供書 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
保育園記載	受領者サイン _____ 保管日時 (月 日 時 分) 投与者サイン _____ 投与日時 (月 日 時 分)