薬　連　絡　票

依頼先　　西川保育園

依頼者　　保護者氏名　　連絡先　電話

園児氏名　　クラス名　　組　　男・女

病院名　　病院・医院

医師名

病名（又は症状）

①持参した薬は　　年　　月　　日　処方　～　　年　　月　　日まで

②保管は　　室温　・　冷蔵庫　・　その他（　　）

③薬の剤型（該当するものに〇）

粉　・　液（シロップ）　・　外用薬　・　その他（　　）

④薬の内容

抗生剤　・　咳止め　・　下痢止め　・　整腸剤　・　かぜ薬　・　目薬（　右　・左　）

塗布薬　・　湿布薬

⑤食事　　前　・　後　・　その他具体的に（　　）

⑥外用薬などの使用法（使用する部位、時間指定があれば詳しく記入してください。

⑦その他の注意事項

薬剤情報提供書　あり・なし

保育園記載

月　日	受領者サイン	投与者サイン	備　　考
月　　日			
月　　日			
月　　日			
月　　日			
月　　日			
月　　日			