

与薬連絡票（保護者記載用）

平成				年	月	日（	）	
児童氏名				（				組）
主治医		医院		先生				
電話		（						）
病状（または症状）								
持参した薬		年	月	日に処方された	日分のうち本日分			
薬の内容		抗アレルギー・外用薬（						）
使用する時間		食前	食後	食間				
その他具体的に（								
外用薬などの使用方法								
その他注意事項								

※太枠線内を記入してください。

与薬者サイン \_\_\_\_\_

与薬時刻 月 日 午前・午後 時 分

\_\_\_\_\_ キリトリ \_\_\_\_\_

（以下保育園記載）

児童氏名 \_\_\_\_\_

受領者サイン \_\_\_\_\_

受領時刻 月 日 午前・午後 時 分

与薬者サイン \_\_\_\_\_

与薬時刻 月 日 午前・午後 時 分

服用状況など

～保護者の方へ～

- ・未記入の場合は与薬できません。
- ・園の諸事情により依頼通りの与薬ができない場合もありますのでご了承ください。
- ・与薬については保護者の責任となりますのでご了承ください。