

くすり連絡票

上関保育園

依頼日	平成 年 月 日
児童名	
主治医	・病院・医院 ・医師
病名(症状)	
処方日	月 日
薬の種類	・粉 ・シロップ ・外用薬
冷蔵の有無	有 ・ 無
薬の内容	<ul style="list-style-type: none"> ・抗生物質口 ・整腸剤 ・咳止め ・塗り薬 ・目薬 ・その他 ※市販の薬は預かりません
投与時間	<ul style="list-style-type: none"> ・食前 ・食後□ ・その他 ()

使用する期間	月 日 ~ 月 日									
受領者					受領時間	:				
投与者	①		②		③		④		⑤	

・薬剤情報提供書を添付して下さい