

与薬連絡票（保護者記載用）

令和 年 月 日

依頼先 みすゞ保育園長様

園児名 () 組

保護者名 TEL ()

医師の診察を受けたところ、下記の通り指示がありました。

- 病名 ()
- 病院名 () TEL ()
- 医師名 ()
- ①持参した薬は、 年 月 日に処方された (日分)
- ②薬の種類は、粉・水薬・その他 ()
- ③与薬日時は、()月()日 食前・食後・その他 ()
- ④保管は、室温・冷蔵庫・その他 ()
- ⑤その他の注意事項

[保育園記載]

月/日	投与時間	投与サイン	月/日	投与時間	投与サイン

1. 薬は1回ずつに分けて、当日分のみご用意下さい。
2. 袋や容器に名前を書いて下さい。
3. 受診時、保育園に通っていることを伝えてください。
4. すべてご記入下さい。当票がない場合、与薬できません。
5. 当票1枚で連続6日使用できます。

与薬連絡票（保護者記載用）

令和 年 月 日

依頼先 みすゞ保育園長様

園児名 () 組

保護者名 TEL ()

医師の診察を受けたところ、下記の通り指示がありました。

- 病名 ()
- 病院名 () TEL ()
- 医師名 ()
- ①持参した薬は、 年 月 日に処方された (日分)
- ②薬の種類は、粉・水薬・その他 ()
- ③与薬日時は、()月()日 食前・食後・その他 ()
- ④保管は、室温・冷蔵庫・その他 ()
- ⑤その他の注意事項

[保育園記載]

月/日	投与時間	投与サイン	月/日	投与時間	投与サイン

1. 薬は1回ずつに分けて、当日分のみご用意下さい。
2. 袋や容器に名前を書いて下さい。
3. 受診時、保育園に通っていることを伝えてください。
4. すべてご記入下さい。当票がない場合、与薬できません。
5. 当票1枚で連続6日使用できます。