

薬の連絡票(保護者記載用)

牛島ルンビニ園様

平成 年 月 日

依頼者名 _____ 印 _____

クラス名 _____ 児童名 _____

* あてはまるところを○で囲んで下さい
* 薬は1回分です。一つ一つに必ず記名して下さい

診察を受けた病院	()病院・医院・その他()
	小児科・耳鼻科・眼科・皮膚科 その他()
薬の内容	かぜ薬・抗生物質・咳止め 下痢止め・抗アレルギー剤 その他()
	薬剤情報提供
薬の種類	あり・なし
薬の保管	粉薬(袋)・水薬(シロップ)・塗り薬 点眼薬・その他()
	常温・冷蔵庫
与薬時間	食前 食後 その他()
	朝服用した時刻 _____ 時 分

時 分 与薬しました 担当者・印

薬の確認票

(牛島ルンビニ園記載用)

保護者様

連絡を受け、下記のとおり与薬しましたので報告致します

クラス名 _____ 服用時間 _____ 時 分

児童名 _____ その他() _____

平成 年 月 日

担当者・印

薬の連絡票(保護者記載用)

牛島ルンビニ園様

平成 年 月 日

依頼者名 _____ 印 _____

クラス名 _____ 児童名 _____

* あてはまるところを○で囲んで下さい
* 薬は1回分です。一つ一つに必ず記名して下さい

診察を受けた病院	()病院・医院・その他()
	小児科・耳鼻科・眼科・皮膚科 その他()
薬の内容	かぜ薬・抗生物質・咳止め 下痢止め・抗アレルギー剤 その他()
	薬剤情報提供
薬の種類	あり・なし
薬の保管	粉薬(袋)・水薬(シロップ)・塗り薬 点眼薬・その他()
	常温・冷蔵庫
与薬時間	食前 食後 その他()
	朝服用した時刻 _____ 時 分

時 分 与薬しました 担当者・印

薬の確認票

(牛島ルンビニ園記載用)

保護者様

連絡を受け、下記のとおり与薬しましたので報告致します

クラス名 _____ 服用時間 _____ 時 分

児童名 _____ その他() _____

平成 年 月 日

担当者・印