与薬連総	答票 伯	衣頼先 こばと・みつ	ば 保育園	Н :	年月	\Box	与薬連絡	禁	依頼先 こは
クラス	名前		保護者名				クラス	名前	
主治医		1	医院•病院			先生	主治医		
症状 病名							症状 病名		
処方日	平原	成 年 月				日分	処方日	平月	或 年
剤型	潌	薬 • 点眼 •	その他()	剤型	済	薬 • 点
保管方	5法	常	温 •	冷蔵			保管方	法	
処置時	間	食後 ・ その	の他()	1	処置時	間	食後
連絡事	項等						連絡事I	頁等	
★ お願い★	*で *医れ * 大 * 大 * て 持	削情報を同封して下さきるだけ自宅で処置でいからの処方の薬のみた薬は、預かれません。 一ゼ・テープ等が必要管法が冷蔵の場合は、 参して下さい。 熱剤・点鼻薬・気管支	前処方 吏用し	★ お願い ★	* *さ * *て 保持	剤情報を同ま きるいのの にからの、預が たがでは、テーラ ではがでいる を を を を が で が で で で が で で で で が で で で で で で で で で で で で で			
月E		受付職員	処置	職員	処置	時間	月E]	受付!
/	月				:	,	/	月	
/	火				•	•	/	火	
/	水				•)	/	水	
/	木				•	•	/	木	
/	金				•	•	/	金	
/	+				•	,	/	+	

与薬連絡票 依頼先	こばと・る	みつば	保育園	Н	年	月	Е
-----------	-------	-----	-----	---	---	---	---

クラス	名前						保護	者名	l			
主治医						1	医院	• 病》	完			先生
症状 病名												
処方日	平月	戓		年		月		\Box				日分
剤型	潌	薬	•	i,	眼	•	その	D他	()
保管方	法					常	温	•)	冷蔵		
処置時間			食征	发	•	その	の他	()
連絡事項等												

封して下さい。

宅で処置できるよう主治医と相談をして下さい 方の薬のみ対応しますので、市販薬・以前処方 かれません。

プ等が必要な場合は持参して下さい。

の場合は、クーラーバック・保冷材等を使用し

薬・気管支拡張剤等は預かる事ができません。

月E	}	受付職員	処置職員	処置時間
/	月			•
/	火			•
/	水			•
/	木			•
/	金			•
/	土			•